Barjaktarović

1912

Ovariotomie während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.

■ ■ ■

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Boginja Barjaktarović.

ACAD. LUG. BAT. BIBL.

■ ■ ■

München 1912
RUDOLPH MÜLLER & STEINICKE

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität München.

Referent: Herr Geheimrat Professor Dr. Döderlein.

I. Die Gefahren der Ovarialtumoren für die Schwangerschaft.

Unter den Erkrankungen der weiblichen Genitalien beanspruchen speziell diejenigen die besondere Aufmerksamkeit des Arztes, durch die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett ernstere Störungen erfahren können, weil dadurch die Gefahren, denen die Frau in Ausübung ihres natürlichen Berufes als Mutter ausgesetzt ist, in ganz erheblichem Grade gesteigert werden. Die Häufigkeit, mit der eine gynäkologische Affection eine Schwangerschaft etc. compliciert, steht nun keineswegs zu dem Vorkommen des betreffenden Leidens überhaupt in einem bestimmten Verhältnis, vielmehr können häufig vorkommende Krankheiten aus Gründen, die wir nicht in allen Fällen vollkommen überschauen, relativ selten in nähere Beziehungen zum Fortpflanzungsgeschäft treten.

In die Kategorie solcher Leiden werden für gewöhnlich die Neubildungen der Ovarien gerechnet. An und für sich eines der häufigsten Frauenleiden, kommen Ovarialgeschwülste doch nur bei 0,11 Prozent (Fehling) — 1,5 Prozent (Martin)[1]) aller Schwangeren zur Beobachtung. Nach Criwitz[2]) kamen auf 17 832 Geburten an der königlichen Frauenklinik zu Berlin nur 5 Fälle, die mit Ovarialtumoren kompliciert waren. Trotz der relativen Seltenheit dieser Complication ist die Kenntnis ihrer Bedeutung aber deshalb von ganz besonderer Wichtigkeit, weil, wie im Folgenden gezeigt werden soll, der operative Eingriff die Möglichkeit einer radikalen Heilung zu jeder Zeit der Schwangerschaft und Geburt bietet, und dies nicht nur gefahrlos für die Mutter, sondern auch, ohne daß dadurch in höherem Maße, als dies durch das Ovarialleiden ohnehin bedingt ist, die Frucht gefährdet würde.

Das Material, das dieser Untersuchung zu Grunde liegt, entstammt der königlichen Universitäts-Frauenklinik zu München und umfaßt die Jahre 1900 bis 1912, Winckel (bis 1. Okt. 1907), Döderlein, und besteht im ganzen aus 32 Fällen von Ovarialtumoren, bei denen die Ovariotomie ausgeführt wurde und bei

[1]) Fehling, Arch. f. Gyn. LXV_2 pag 530 — A. Martin, die Krankheiten der Ovarien, I. Teil. —

[2]) Criwitz, Inaug.-Diss. Berlin 1902. —

denen sich Beziehungen der bestehenden Geschwulst zu einer vorausgegangenen Schwangerschaft nachweisen ließen oder zur Zeit der Operation Schwangerschaft vorlag. Von letzterer Art sind es 10 Fälle. Bei einer Aufnahme von 26 022 Schwangeren während der gleichen Jahre (bis 1. Juli 1912) würde der Procentsatz der Komplikation ca. 0,04 Prozent, auf gleichzeitig aufgenommene Schwangere berechnet, betragen.

Anspruch auf wissenschaftlichen Wert können derartige Statistiken wohl kaum erheben; einwandfrei wäre nur der wohl niemals streng mögliche Nachweis, bei wieviel Fällen eines größeren Landbezirkes überhaupt während eines bestimmten Zeitraumes, sagen wir eines Dezenniums, Schwangerschaft und Ovarialtumor nebeneinander bestanden. In die Klinik dagegen drängen sich auf der einen Seite die operativen Fälle, also die Ovarialtumoren, während anderseits die zur Aufnahme kommenden Schwangeren meist überwiegend jüngere Mädchen sind, bei denen ja Ovarialgeschwülste im ganzen seltener als bei älteren Frauen getroffen werden. So gibt die Statistik einer Klinik, sowohl wenn man die Zahl der Complicationen von Schwangerschaft und Ovarialtumor auf die aufgenommenen Fälle von Ovarialtumor überhaupt oder die Zahl der Schwangeren im Ganzen bezieht, ein schiefes Bild der tatsächlichen Verhältnisse. Und dies umso mehr, als aus meinem Material hervorgeht, daß eine genaue Anamnese bei Fällen von Ovarialtumoren Nichtschwangerer Beziehungen des Leidens zu früheren Schwangerschaften aufdeckt. Aber auch so muß die Komplikation von Gravidität mit Ovarialtumor als eine keineswegs häufige angesprochen werden. Rein theoretisch kann man die Seltenheit der Komplikation zum Teil daraus erklären, daß die Neubildungen der Ovarien offenbar schon die Möglichkeit einer Conception herabsetzen. Dies ist ohne weiteres klar in den Fällen, wo doppeltseitige Tumoren zu einem völligen Untergang des funktionierenden Ovarialgewebes geführt haben. Wo noch solches sich findet, ist die Möglichkeit einer Schwangerschaft gegeben unter der Voraussetzung, daß Ei und Sperma überhaupt die Möglichkeit zur Vereinigung haben.

Unter meinem Material befinden sich 2 Fälle doppeltseitiger Neubildungen der Adnexe, bei denen diese Möglichkeit offenbar noch vorhanden war, dabei handelte es sich im Fall 8 um eine doppeltseitige cystische Degeneration beider Ovarien, im anderen, Fall 26, um ein doppeltseitiges Cystoma multilokulare. In letzterem Falle hatte daher der eine Tumor zur Zeit, als er zur Operation kam, nur eine geringe Größe, während die betreffende Gravidität schon mehrere Monate zurücklag, so daß jedenfalls damals der Tumor sich in den ersten Anfängen seiner Entwicklung befand, im ersten Falle lag noch reichlich funktionierendes Ovariengewebe vor. Daß minimale Reste des Ova-

riums noch eine Conception zulassen, beweist ja auch der Fall Ruge's[1]) von doppeltseitigem Adnextumor und Gravidität, bei dem Myxosarkom beider Ovarien bestand, von denen das eine 5620, das andere 480 g wog. Mikroskopisch läßt sich ja auch neben schon großen Ovarialtumoren häufig noch normales funktionierendes Parenchym nachweisen. Wird die Geschwulst, auch wenn sie noch Reste funktionierenden Parenchyms freiläßt, größer, so bedingt sie damit rein mechanisch eine Erschwerung der Conception: der außerordentlich lange Weg durch die Tube, Drehungen oder Abknickungen ihres Lumens erschweren das Zusammentreffen von Ei und Sperma, oder ein vollständiger Verschluß infolge Verlötung des Fimbrienendes an der Neubildung, entzündliche Obliteration des Tubenlumens machen dies überhaupt, wenigstens auf der betreffenden Seite, unmöglich. Die mit dem Wachstum der Geschwulst meist verknüpfte Verlagerung des Uterus schafft endlich (und dies ist von besonderer Wichtigkeit, weil es kranke und gesunde Seite gleichmäßig betrifft), oft durchaus ungünstige topographische Verhältnisse für das Eindringen der Spermatozoen ins Cavum uteri.

Liegen so auf der einen Seite die Verhältnisse für eine Conception ungünstig, so ist es doch erstaunlich, wie anderseits Conception auf Conception bei gleichzeitig bestehendem Ovarialtumor sich folgen kann. So wurde bei der Patientin H. (Fall 2) vom Arzte schon ein Ovarialtumor während der Gravidität, die der bei der Aufnahme bestehenden vorausging, festgestellt. Ebenso hatte sich bei der Patientin L. (Fall 13) die Geschwulst schon in der VII. Gravidität entwickelt und trotzdem trat eine weitere Schwangerschaft ein. Auch im Fall L. (Fall 18) muß angenommen werden, daß der Tumor schon zur Zeit der Conception bestand, ebenso beim Fall N. (Fall 21), vielleicht auch Fall Kl. (Fall 10). Die Tumoren waren aber bei Allen in der fraglichen Zeit noch klein, brauchten also keinerlei Verlagerung zu bedingen.

Auch die Implantation des Eies kann vielleicht unter dem Einfluß einer Ovarialgeschwulst auf pathologischem Boden sich vollziehen. A. Martin[2]) hat unter einem Material von 70 Fällen von Ovarialtumor und Gravidität 15 Mal tubare Ansiedlung des Eies gefunden und schließt daraus, daß die Anwesenheit von Ovarialtumoren die extrauterine Eieinbettung begünstige, während Pfannenstiel[3]) keinen derartigen Einfluß anerkennen will. Nach Wertheim[4]) sind es ja auch vor allem entzündliche, insbesondere gonorrhoische Veränderungen der Tube usw., die zu

1) Ruge, Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie Band XIX. —
2) A. Martin, l. c. —
3) Pfannenstiel, Veits Handbuch der Gynäkologie IV_1 pag 443. —
4) Wertheim, Winkels Handbuch der Geburtshülfe II; pag 485. —

ektopischer Gravidität Veranlassung geben. Vielleicht kommen in Fällen von Ovarialtumoren und extrauteriner Schwangerschaft solche Veränderungen ebenfalls in Frage.

In dieser Beziehung ist mein Fall E. (28) von Bedeutung, bei dem sich neben einem mandarinengroßen rechtsseitigen Cystoma multilokulare eine mit diesem in Zusammenhang stehende Haematocela retrauterina fand. Der Tumor bestand wohl schon zur Zeit der Conception, er führte aber — wie, ist natürlich nicht sicher zu sagen, — zu einer tubaren Implantation, und im weiteren Verlauf trat wohl ein Tubarabort ein, der die Haematocela retrouterina verursachte.

Hat sich aber die Implantation des Eies regelrecht vollzogen, dann bedingt der schon vorhandene Ovarialtumor für die wachsende Frucht eine immerwährende Gefahr, die häufig genug zu einer Unterbrechung der Schwangerschaft führt oder sie wenigstens durch allerlei Zwischenfälle und unangenehme Erscheinungen zu einer besonders schwer zu ertragenden gestaltet.

In vielen Fällen müssen wir aber annehmen, daß die Geschwulst sich erst in der Gravidität entwickelte. Allerdings ist es sehr schwierig, in solchen Fällen den Zeitpunkt, wann dieses Ereignis eintrat, zu bestimmen, da ein Ovarialtumor eben doch erst Erscheinungen zu machen pflegt, wenn er schon eine gewisse Größe erreicht hat. Es kommt hinzu, daß von verschiedenen Autoren (Spiegelberg, Ohlshausen)[1]) ein schnelleres Wachstum der Ovarialgeschwülste in der Gravidität angenommen wird und klinisch der Vergleich mit einem ersten, normalen Befund nur sehr selten möglich ist. Was die Frage nach dem schnelleren Wachstum der Ovarialgeschwülste in der Schwangerschaft betrifft, so ist man in ihr noch zu keiner Klarstellung gekommen. Nach Lücke[2]) sollen maligne Tumoren, auch solche außerhalb der Genitalien, in der Schwangerschaft überhaupt schneller wachsen. Auch eine stärkere Blutversorgung des Ovariums während der Gravidität wurde angenommen, Löhlein[3]) widerspricht aber dieser Anschauung und weist darauf hin, daß jedenfalls nach Ablauf der ersten 3 Monate, während deren das Wachstum des corpus luteum einen stärkeren Blutzufluß bedinge, von einer stärkeren Blutversorgung der Ovarien keine Rede sein könne.

Wenn wir die Anamnesen unserer Fälle nach dieser Richtung durchsehen, dann findet sich zwar recht häufig die Angabe, daß der Tumor während der Gravidität entdeckt wurde („der Leib war größer als gewöhnlich"), aber fast ebenso oft, zum Beispiel in den Fällen 13, 15, 21, erscheint die Angabe, daß eine Entwick-

---

[1]) Spiegelberg, Lehrb. der Geburtshülfe. — Ohlshausen, die Krankheiten der Ovarien. —

[2]) Lücke, siehe Dissertation von Piersig, München 1901. —

[3]) Löhlein, gynäkologische Tagesfragen IV. —

lung oder ein stärkeres Wachstum erst nach der Gravidität sich einstellte. Im gleichen Sinne spricht sich Pfannenstiel [1]) aus, der zwar meint, daß sich Cysten in der ersten Zeit der Gravidität oft rascher füllen, im Uebrigen aber eher die postpuerperale Zeit geeignet sei, einen Antrieb zur Geschwulstproliferation abzugeben. Einmal wurde der Tumor (Fall 22) bemerkt, als nach der Geburt der Leib noch so groß blieb und sich weiterhin noch mehr vergrößerte. Daß in der Gravidität ein raumbeengender Tumor leichter zur Beobachtung kommt, wo der Uterus gravidus allein schon allen verfügbaren Raum für sich beansprucht, ist zu natürlich, als daß daraus auf ein schnelleres Wachstum in der Schwangerschaft geschlossen werden könnte, so daß nach meiner Meinung das raschere Wachstum der Ovarialtumoren während der Gravidität nicht sicher bewiesen erscheint.

Unter allen Umständen kann die Schwangerschaft bei Vorhandensein eines Ovarialtumors vollkommen ungestört verlaufen (Fall 13). Dies wird natürlich umso eher der Fall sein, je kleiner die vorhandene Geschwulst ist; erreicht sie eine gewisse Größe, so werden allein schon durch die Raumbeschränkung vermehrte Molimina resultieren müssen. Die starke Zunahme des Inhaltes der Leibeshöhle führt zu dumpfem Spannungsgefühl, aber auch zu Schmerzen, zu Zerrung von Stiel und Ligamenten, Kreuzschmerzen, Obstipation und Atemnot (Fall 5b) können auftreten. Die Beine schwellen an, Schmerzen beim Wasserlassen oder Erschwerung der Miktion treten auf (Fall 7, 12) und Erbrechen kann sich einstellen (Fall 21). Aber, abgesehen davon drohen der schwangeren Frau auch noch alle die Gefahren, die das Cystom auch sonst seiner Trägerin bringt. Hier ist in erster Linie an die Stieltorsion zu denken, die natürlich, wenn sie plötzlich in einer Schwangerschaft eintritt, für Mutter und Frucht verderblich werden kann. Blutungen in die Geschwulst, Mortificierung, Vereiterung kann eintreten. Wenn diese Zustände nicht zu einer Unterbrechung der Gravidität führen, so haben sie zum mindesten Verwachsungen und Fixierungen der Geschwulst zur Folge, die dann sowohl für eine spätere Operation Schwierigkeiten bedingen, durch subjektive Beschwerden, insbesondere Schmerzen, lästig fallen, ganz besonders aber unter der Geburt zu unliebsamen Verlegungen der Geburtswege führen können. Als Beispiel kann ich aus meiner Zusammenstellung Fall 2 anführen, bei dem schon bei der letzten Schwangerschaft eine Geschwulst neben dem Uterus bemerkt worden war. Trotzdem verliefen damals Gravidität und Geburt vollkommen ungestört. Bei der in der neuen Gravidität wegen Schmerzen und Ziehen notwendig gewordenen Ovariotomie fand sich nun ein in Vereiterung begriffenes Embryom mit stinkendem Inhalt und weitgehenden Verwachsun-

[1]) Pfannenstiel, l. c. —

gen. Blutungen in den Tumor hatten in den Fällen 9 und 12 stattgefunden. Wahrscheinlich gehört hierher auch der Fall 21, bei dem 11 Wochen nach der letzten vorangegangenen Entbindung die Entwicklung eines Tumors im Leib bemerkt wurde und zu einer Zeit, wo die Menses schon wieder ausgeblieben waren, eine neue Gravidität eingetreten sein konnte,und bei dem während dieser neuen Gravidität eine plötzliche Stieldrehung des offenbar rapid gewachsenen Tumors eintrat. Aus der Literatur ist hier die Dissertation von Petritschek[1]) zu erwähnen, der 32 operierte Fälle von Stieltorsion in der Schwangerschaft schon 1898 zusammenstellen konnte.

Wenn unter dem Einfluß solcher akuter Vorkommnisse die Schwangerschaft unterbrochen wird, Abort eintritt, so wird das natürlich nicht wundernehmen. Es scheint aber, als ob Ovarialgeschwülste auch ohne solche markante Ereignisse im Stande wären, Abort herbeizuführen. In 7 meiner Fälle ist ein derartiger Zusammenhang anzunehmen, die in einer besonderen Tabelle III sich vereinigt finden. Er ist besonders dann wahrscheinlich, wenn in der Anamnese der betreffenden Kranken keine früheren Aborte sich finden, wie bei Fall 27, 28, 31. Vielleicht kann man sich den Zusammenhang dann so vorstellen, daß die Ovarialgeschwulst sich gerade in dem Eierstock entwickelt, dem das corpus luteum verum entsprach, das vielleicht durch ihr Wachstum geschädigt wurde und daß Abort eintrat, weil das corpus luteum nicht mehr im Stande war, die Functionen auszuüben, die für das Fortbestehen der Gravidität nach neueren Anschauungen notwendig sind. Leider findet sich in meinem Protokoll keine Angabe bei diesen Fällen über den Sitz des corpus luterum, nur in Fall 31 scheint eine Corpus-luteum-cyste vorgelegen zu haben, aber hier könnte die pathologische Veränderung des Ovariums auch sehr wohl nach Eintritt des Abortes eingetreten sein. In anderen Fällen ist der Einfluß der Geschwulst, der zur Unterbrechung der Schwangerschaft führt, ein mehr mechanischer, der Druck der wachsenden Geschwulst auf den Uterus gibt Anlaß zu vorzeitigen Wehen.

II. Die Gefahren der Ovarialtumoren für die Geburt.

Unter der Geburt kann ein Ovarialtumor vollkommen unbemerkt bleiben, aber auch zu vielfachen Komplicationen Veranlassung geben. Maßgebend für ihren Einfluß auf den Geburtsverlauf ist dabei vor allem der Sitz der Geschwulst, ob im großen, ob im kleinen Becken, und ganz besonders ihr Verhalten zur Umgebung, zu der sie frei verschieblich oder mit der sie durch

[1]) Petritscheck, Inaug.-Diss. München 1898. —

Verwachsung oder intraligamentäre Entwicklung mehr oder weniger unnachgiebig verbunden sein kann. Im Beginn der Geburt kann der Tumor die Wehentätigkeit des Uterus beeinträchtigen oder ungünstige Lagen des Fruchtkörpers zum Becken veranlassen. Die Anstrengung der Bauchpresse, die im letzten Akt der Geburt den Inhalt des Abdomens unter abnorm hohen Druck setzt, kann zur Berstung des Tumors führen, wo er nicht auszuweichen vermag, kann Quetschung Blutungen in den Tumor und damit Infektion unter der Geburt veranlassen.

Aber damit nicht genug, kann der Tumor selbst zum Geburtshindernis werden. Infolge von Verwachsungen oder intraligamentärer Entwicklung unfähig, der ins Becken eintretenden Frucht auszuweichen, verhindert er ihren Eintritt, und abnorme Lagen, insbesondere Abweichen des vorangehenden Teiles nach der Seite, Schieflagen und Querlagen müssen sich einstellen und die dadurch entstehenden Folgezustände (Verschleppung, Uterusruptur) bringen Mutter und Kind in äußerste Gefahr. So hinderte in dem Falle 16 ein im Douglas befindliches, mannsfaustgroßes glanduläres Cystom des linken Ovariums den Kopf am Eintreten. Dieser stand, obwohl die Wehen schon am Tage vorher eingesetzt hatten, bei der ersten Untersuchung in der Klinik hoch hinter der Symphyse und auf die rechte Darmbeinschaufel abgewichen, die Temperatur der Kreißenden war schon auf 39,2 gestiegen und die Prognose ohne den raschen Eingriff eine äußerst trübe nicht nur für das Kind, sondern auch für die Mutter. Im Falle E. (12) mußte der Arzt ebenfalls zu einer Verkleinerung des Tumors durch Punktion schreiten, ehe die Entbindung mit der Zange möglich wurde. Bei der Patientin K. (Fall 20) hat ebenfalls wohl der schon bestehende Ovarialtumor zur Steißlage und damit zur Wendung geführt. Ob im Falle 5 dagegen die Perforationen, die bei den letzten vorausgegangenen Geburten ausgeführt wurden, auf das bestehende Cystom zu beziehen sind, ist möglich, aber aus den Angaben der Anamnese nicht zu entscheiden. Auffallend ist immerhin, daß nach Entfernung des kindskopfgroßen multilokulären Cystoms die nächste Geburt spontan und ohne Zwischenfall verlief.

Wie aber, wenn der Arzt weit ist? Die Geburt endet dann nur zu leicht mit einer schweren Katastrophe. Insbesondere gefährlich sind die Dermoide, die im kleinen Becken liegend recht solid und öfters mit der Nachbarschaft verwachsen, nicht so leicht wie eine Colloidcyste Veränderungen ihrer Form zulassen.

Die Tabelle I in der Dissertation von Criwitz[1]) läßt dies nur zu deutlich erkennen.

[1]) Criwitz l. c. —

III. Die Gefahren der Ovarialtumoren für das Wochenbett.

Von den Gefahren, die Ovarialtumoren für das Wochenbett mit sich bringen, haben wir die Infektion des Tumors unter der Geburt schon gestreift. Auch ein solcher Fall findet sich unter meinem Material. Bei der Patientin S. (Fall 24) war zwar die letzte Geburt im Juni 1910 spontan verlaufen, aber es hatten sich an sie Fieber und fortwährende Leibschmerzen angeschlossen, der Leib schwoll an, und als am 17. IX. wegen dieser Beschwerden die Bauchhöhle eröffnet wurde, präsentierte sich eine braunrote mortificierte Cystenwand; allseitig mit der Umgebung verwachsen, machte sie dadurch eine radikale Entfernung unmöglich und der Operateur mußte sich darauf beschränken, den Inhalt der Cyste auszuräumen und den Balg zu tamponieren. Wird in solchen Fällen nicht operativ eingegriffen, so kann Perforation in die verschiedenen Organe, Darm, Blase, Rektum, bei Vereiterung der Geschwulst eintreten (Pfannenstiel)[1].

Aber am gefährlichsten ist die Zeit unmittelbar nach der Geburt aus einem anderen Grund. Die rasche Verkleinerung des Inhalts der Bauchhöhle durch die Entleerung des Uterus bei gleichzeitig erschlafften Bauchdecken gewährt dem Tumor plötzlich weitesten Spielraum und damit wächst die Möglichkeit für Stieltorsionen natürlich bedeutend. Offenbar war in dem Falle S. (25) kurze Zeit nach dem letzten Partus die bei der Operation gefundene Stieltorsion eingetreten. Selbst nach Abort kann dies noch entstehen. Gussenbauer und Mouchet[2] haben endlich Fälle beschrieben, in denen Darmocclusion durch den Tumor verursacht wurde.

Aber noch nach anderer Richtung hin kann ein (größerer) Ovarialtumor nach der Geburt Unheil stiften. Er setzt dem durch die Geburt erschlafften Beckenboden ein Hindernis entgegen, die Folge ist Prolaps. Daran ist zu denken, wenn es sich um jugendliche Frauen und wenig verschieblichen Tumor handelt wie in dem Falle L. (18).

Ich glaube, daß dieser kurze Ueberblick die Gefahren, die aus der Complikation von Ovarialtumor mit dem Generationsgeschäft sich herleiten, uns nur zu eindringlich vor Augen führt, konnte ich doch aus meinem Material fast alle die vielen Vorkommnisse und pathologischen Zustände, die überhaupt bekannt sind, mit eigenen Beispielen belegen. Noch eindringlichere Sprache reden einige statistische Zusammenstellungen, die ich der Litteratur entnehme. Unterbrechung der Schwangerschaft trat nach

[1]) Pfannenstiel, l. c. —
[2]) Mouchet, annales de gyn. 1902 Jouillet pag. 37. —

Williams[1]) in 12.7 Prozent der Fälle unserer Komplikation, nach Orgler und Gräfe[2]) in 17,0 Prozent ein, wenn auch für den einzelnen Fall der Abort als Folge des Tumors nicht in allen Fällen wahrscheinlich gemacht werden kann. Eindeutig ist eine Zusammenstellung Mc Kerron's[3]), nach der in 28 Fällen, bei denen die Geburt durch den Ovarialtumor erschwert war, 12 Mütter und 16 Kinder das Leben verloren. Nach Tarnowski[4]) verliert bei rein exspektativem Verhalten sogar jede dritte Mutter das Leben (31,3 Prozent), nach Piersig[5]) beträgt die Mortalität der Mütter 39,2 Prozent, die der Kinder 67 Prozent.

Mögen diese Zahlen auch immer zu hoch gegriffen sein, mögen den unglücklich verlaufenen Fällen auch noch so viele gegenüberstehen, in denen die Anwesenheit des Ovarialtumors keinerlei Aenderung des Verlaufes von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett verursachte, für unsere ärztliche Praxis müssen wir uns stets vor Augen halten, was im schlimmsten Fall sich ereignen kann, und unser Handeln darnach einrichten.

IV. Diagnose der Complication.

Was die Diagnose Tumor und Gravidität anlangt, so dürfte diese in fast allen Fällen möglich sein, besonders dann, wenn Zeit zu kurzer Beobachtung bleibt oder in schwierigen Fällen die Untersuchung in Narkose herangezogen wird. Daß die Verhältnisse so kompliciert liegen, wie in meinem Falle S. (11), ist eben doch eine seltene Ausnahme. Hier fand sich neben einer faustgroßen Ovarialcyste und gravidem Uterus an der linken Seitenkante dieses Organes ein weiterer, länglicher, solider Körper, und bei der erst nach erfolgter Spontangeburt vorgenommenen Operation zeigte sich, daß ein Uterus duplex vorlag, wobei der linke atretisch zu Haematometra und Haematosalpinx geführt hatte.

Bei der Diagnose fällt uns nicht allein die Aufgabe zu, festzustellen, daß überhaupt ein Tumor neben Gravidität vorliegt, wir werden immer streben müssen, möglichst viel über die Beschaffenheit des Tumors, seinen Stiel und dessen Insertion und besonders über das Verhältnis des Tumors zu den Nachbarorganen zu erfahren.

Vom geburtshülflichen Standpunkte ist, neben der Größe des Tumors, vor allem wichtig seine Consistenz, sein Inhalt und besonders seine Verschieblichkeit. Daß gelegentlich jede Art von Tumorbildung des Ovariums (Cysten, solide Teratome, Carcinome

---

1) Williams, West London med. Journal 1897. —
2) Orgler, Arch. f. Gyn. LXV1. - Gräfe, M. med. Wochenschr. 1902 No. 43. —
3) Mc Kerron, London obstetrical Transaktions, Bd. 39. —
4) Tranowski, Inaug.-Diss. Leipzig 1903. —
5) Piersig, Inaug.-Diss. München 1901. —

etc.), mit Gravidität sich komplicieren können, ist klar. Aber Tumoren von mäßiger Größe, die aus dem kleinen Becken in den Bauchraum emporsteigen, dort freibeweglich sich finden und nach dem palpatorischen Befund als cystische erkennbar sind, geben eine wesentlich andere Prognose für den Verlauf der Schwangerschaft und Geburt ab als solide Embryome, die im kleinen Becken verharrend vielleicht schon viele Jahre bestehen, ohne Symptome gemacht zu haben, um bei der ersten Geburt plötzlich heimtückisch in Erscheinung zu treten. Fixierung des Tumors mit seiner Umgebung durch entzündliche Processe oder intraligamentäre Entwicklung bedingt besonders unangenehme Verhältnisse.

Gefahren bergen Alle in sich, nur sind sie verschieden nach der Art des Tumors. Die häufigste Form, das einfache Cystom, neigt, wenn frei entwickelt, zur größten Ausdehnung und führt damit am leichtesten zur Raumbeschränkung, zu unangenehmen subjectiven Erscheinungen durch Empordrängen des Zwerchfells, Hinderung der Blutcirkulation, Verdrängung des Uterus, Druck auf die Blase. Stieldrehung kommt bei ihm am leichtesten vor. Nicht viel anders verhält sich das multilokuläre Cystom, das aber noch resistenter sein kann, weniger leicht ausweicht. Ruptur und Blutung in den Sack kann sich bei beiden ereignen. Die oft mehr cystischen als soliden Dermoide oder Teratome erreichen zwar geringere Größe, verlaufen deshalb aber auch bis zum Eintritt der Geburt leichter symptomlos, besonders dann, wenn sie das kleine Becken nicht verlassen haben. Aber resistenter, meistens auch mit kürzerem Stiel versehen und nicht im Stande auszuweichen, können sie zum absoluten Geburtshindernis werden. Dasselbe gilt von intraligamentär entwickelten Cysten und Ovarialcarcinomen. Unglücklich gelagert, kann ein kleiner solider Tumor ungleich gefährlichere Situationen schaffen als das größere, bewegliche und leichter deformierbare Cystom, und er ist umso verhängnisvoller, als Punktion oder Incision nicht im Stande ist, das Hindernis zu beseitigen. Und für den Fall, daß die Geburt selbst doch noch glücklich endlich zu Stande kommt, sind Quetschungen des Tumors, Haemorrhagien in seine Substanz unvermeidlich und öffnen der Infection Tor und Tür.

Eines jedenfalls muß immer im Auge behalten werden: Die Größe des Tumors, sein bekannt stationäres Verhalten, stempeln ihn in geburtshülflicher Hinsicht keineswegs zu einem harmlosen Befund. Im Gegenteil, er kann verderblicher als ein großes Cystom werden. Daran müssen wir immer denken, wenn wir jetzt in eine Besprechung der Therapie eintreten.

V. Therapie während der Schwangerschaft.

Immer, wenn wir einen Ovarialtumor bei Gravidität und unter der Geburt diagnostizieren, gleichgiltig, welcher Art der Tumor auch sei, wir wissen, es handelt sich um eine Klippe,

deren Beseitigung wir anstreben müssen. Daß diese nur durch Exstirpation möglich ist, bedarf heutzutage keiner näheren Besprechung mehr.

Setzen wir zunächst den Fall, es handele sich um eine Schwangere: Oft läßt uns hierin der Zustand, in dem die Kranke in unsere Behandlung kommt, keine Wahl. Wo schwere akute Erscheinungen einer Stieldrehung, einer Blutung in die Cyste anzunehmen sind, werden wir in der Klinik nicht zögern dürfen, sofort einzugreifen. Zuwarten kann die Chancen für eine Operation durch Verschlechterung des Allgemeinbefindens, eintretende Verwachsungen, Infection, nur verringern und erhöht für die Frucht die Möglichkeit des Aborts. Auch wenn wir neben Gravidität einen großen Ovarialtumor finden, kann darüber, daß möglichst bald operiert werden soll, ein Zweifel nicht bestehen. Die subjektiven Erscheinungen, die aus der Raumbeengung im Abdomen für die Schwangere resultieren, werden hier oft zur Operation drängen. Daß in allen solchen Fällen, in denen der Tumor besondere Erscheinungen macht, die ungünstig auf das Allgemeinbefinden der Schwangeren einwirken oder gar gefahrdrohende Zustände hervorrufen (Stieldrehung), sofort operiert werden muß, darüber sind sich auch sämtliche Autoren einig.

Dagegen könnten uns in dem Falle, wo neben einer weiter vorgeschrittenen Gravidität ein kleiner Tumor sich findet, oder beide erst in ihren Anfängen vorliegen, Zweifel kommen, ob Operation zweckmäßig sei. Tatsächlich findet sich unter unseren Fällen aus den früheren Jahren eine Anzahl, bei denen die Diagnose Schwangerschaft neben Ovarialtumor gestellt, aber zugewartet wurde. Die betreffende Patientin kam zur Entlassung mit der Aufgabe, sich zu irgend einem später gesetzten Termine wieder vorzustellen. Aber sie kehrte überhaupt nicht mehr in die Klinik zurück oder kam wieder, nachdem die Geburt draußen spontan und glücklich sich vollzogen hatte. Es ist sicher ein Zufall, daß nie bekannt wurde, daß eine der so aus dem Gesichtskreis verschwundenen Patientinnen außerhalb einer unglücklichen Geburt erlag. Es gibt dieses Verhalten der Kranken aber zu denken: Sie haben keine Beschwerden, also, - und das gilt besonders von den Frauen aus dem Volke - nehmen sie an, sie seien gesund und kommen nicht wieder. Welche Gefahren sie gelaufen sind, war ihnen nicht bewußt, sie müßte der Arzt kennen und er übernimmt mit ihrer Entlassung eine schwerlastende Verantwortung. Schon daraus folgt die Notwendigkeit für den Arzt, den Kranken, sobald die Diagnose Tumor neben Gravidität feststeht, von ihrem Zustand Mitteilung zu machen, sie auf die Gefahren, die aus dieser Komplication resultieren, hinzuweisen. Vor allem aber, wenn während der Schwangerschaft die Entfernung des Tumors dem Arzte nicht gestattet wurde, ist es wichtig, daß die Kranke über die Art ihres Lei-

dens unterrichtet sei. Daß später, z. B. unter der Geburt, die Diagnose sehr schwierig sein kann, lehrt ein Fall von Dührßen [1]), wo dieser nicht im Stande war, die früher gestellte Diagnose zu bestätigen. Verwechslung mit anderen Zuständen können umso eher dem weniger erfahrenen Geburtshelfer unterlaufen, zum mindesten geht unnütze Zeit verloren, wenn nicht sogar auf Grund falscher Diagnose ein fehlerhafter und vielleicht für Mutter und Kind unglücklicher Eingriff versucht wird.

Man wäre vielleicht nicht berechtigt, den Frauen das Risiko während der Schwangerschaft zuzumuten, wenn die Operation an sich für Frau oder Frucht besondere Gefahren in sich schlösse. Aber wie stehts damit? Pfannenstiel stellt in dieser Beziehung den 17—19 Prozent Spontangeburten bei Ovarialtumoren (siehe oben) 30 Prozent gegenüber, die nach der Ovariotomie eintreten, aber in diesem Material, und ähnlich in dem von Wähmer [2]), das auf Veranlassung Fehling's zusammengestellt wurde und bei dem 27.8 % der Früchte verloren gingen, sind natürlich auch alle diejenigen Fälle enthalten, die infolge schwerer Complikationen, insbesondere wegen Stieldrehung operiert werden mußten und bei denen teilweise wohl auch so Abort bezw. Frühgeburt eingetreten wäre. Die Mortalität der Mütter bei Wähmer beträgt 5,4 Prozent, aber diese Statistik umfaßt Jahrgänge, an denen wir unser operatives und aseptisches Können unmöglich messen dürfen, und Graefe [3]) konnte 1902 schon darauf hinweisen, daß seit 1892 keine Mutter mehr durch Operation eines Tumors in der Gravidität ihr Leben verlor, mit Ausnahme eines Falles von Orgler, bei dem aber eine schon in Vereiterung begriffene Cyste vorlag.

Unter meinem Material befinden sich 10 Fälle, bei denen die Operation während der Gravidität ausgeführt wurde. Dabei trat nur in einem Falle in direktem Anschluß an die Operation Unterbrechung der Schwangerschaft ein; im Fall H. (2), wo das in Vereiterung begriffene Embryom vorlag, trat allerdings partus immaturus ein, aber erst 17 Tage nach der Operation bei vollkommen ungestörtem Heilungsverlauf, sodaß es wohl nicht angeht, ihn der Operation als solcher zur Last zu legen, und im Falle 5b traten zwar nach der Operation schmerzlose Kontraktionen ein, sistierten dann aber, und erst 7 Wochen später trat partus praematurus — d. h. auch hier ohne Zusammenhang mit der Operation — ein. Anderseits finden sich in der Literatur vielfach Fälle niedergelegt, bei denen Wehen eingetreten waren, die nach Ausführung der Operation sistierten, so daß die Gravidität weiterhin ungestört verlief. Ja, Martin [4]) gibt sogar einen Fall an, in dem der drohende Abort rückgängig wurde.

[1]) Dührßen, deutsche med. Wochenschrift 1906. —
[2]) Wähmer, Inaug.-Dissert. Halle 1900. —
[3]) Graefe und Orgler, l. c. —
[4]) A. Martin, l. c. —

Ich muß deshalb annehmen, daß die Angaben über den Eintritt des Aborts nach Ovariotomie in der Schwangerschaft zu hoch gegriffen sind. In anderen Fällen dürften nicht alle Vorsichtsmaßregeln getroffen worden sein, die einen sicheren Operationserfolg für Mutter und Kind verbürgen. Wie die Erfolge unserer Klinik beweisen, kann eine ganze Serie von Ovariotomien in der Schwangerschaft ausgeführt werden, ohne daß auch nur eine Mutter oder eine Frucht dabei verloren geht. Und unter dem Einfluß dieser Tatsache kann kein Zweifel darüber sein, daß immer, wo Gravidität und Ovarialtumor nebeneinander gefunden werden, die Geschwulst operativ entfernt werden muß.

Aber sollen wir sofort operieren? Zweifellos wachsen mit fortschreitender Gravidität die durch den Tumor bedingten Gefahren. Aber auch je später operiert wird, umso häufiger werden Komplikationen bei der Operation getroffen. Nach Dsirne[1]) liegt das Optimum für die Operation überhaupt im 2.—4. Monat. In den späteren Monaten der Schwangerschaft wächst nach Ansicht vieler und besonders maßgebender Autoren (Pfannenstiel)[2]) die Gefahr für die Frucht, umsomehr natürlich dann, wenn schon eingetretene entzündliche Veränderungen infolge Torsion oder Blutung in die Cyste, intraligamentärer Sitz, Einkeilung im kleinen Becken, die Operation schwer gestalten, sodaß mechanische Traumen während derselben unvermeidbar sind, Blutungen das Resultat trüben oder mindestens die Dauer der Encheirese unerwünscht verlängern und damit die Möglichkeit des Aborts steigern. In diese Kategorie von Fällen gehört Fall XIII von Piersig[3]) bei dem im Anschluß an die Ovariotomie partus immaturus (Foetus 35 cm lang, 1100 g schwer) eintrat. Nicht die Ovariotomie als solche, sondern der während des Eingriffes eintretende Collaps der Patientin haben hier also die Unterbrechung der Schwangerschaft verschuldet.

Diese Gesichtspunkte haben dazu geführt, daß eine Anzahl von Autoren sich grundsätzlich verschieden verhält, je nachdem die Gravidität in den ersten Monaten sich befindet oder schon weiter (über den 4. Monat) fortgeschritten ist. Dies alles natürlich unter der Voraussetzung, daß keinerlei sonstige bestimmende Indikation zum Eingreifen gegeben ist, aus der heraus auch hier sofort operiert werden müßte. So meint Pfannenstiel, dem sich Wertheim[4]) in dieser Beziehung anschließt: „Hat die Schwangerschaft bereits diejenige Zeit erreicht, in welcher die Lebensfähigkeit der Kinder beginnt, so ist es bei Abwesenheit von Komplikation gewiß erlaubt zu warten, bis die Lebensfähigkeit eine gesicherte ist".

---

1) Dsirne, Arch. f. Gyn. XLII. —
2) Pfannenstiel, l. c. —
3) Piersig, Inaug.-Diss. München 1901. —
4) Wertheim, Winkels Handbuch. —

Pfannenstiel hat dabei besonders solche Fälle im Auge, bei denen Sitz im kleinen Becken Zerrungen des Uterus bei der Operation besonders nahelegen und so den Abort schwer vermeidbar erscheinen lassen. Aber, sobald man sich überlegt, daß von einem Tag zum anderen eine plötzliche Stieldrehung, ein zufälliges Trauma die ganze Situation ganz wesentlich verschlechtern können, sodaß es dann doch noch zum Abort und außerdem zu einer schwerkomplicierten Operation kommt, wenn wir uns auch wieder an die Frauen erinnern, die aus Furcht vor dem Messer des Operateurs überhaupt sich nicht mehr zeigen, sondern lieber eine lebensgefährliche Geburt durchmachen, wenn wir endlich daran denken, wie oft eine eintretende Stieldrehung in praxi verkannt und als Appendicitis, Peritonitis behandelt wird,, so wird man dieser Obduktion nicht mehr so uneingeschränkt zustimmen können. Aber — und das gibt den Ausschlag — auch in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft kann eben doch operiert werden, ohne daß man die Frucht in 30 Prozent der Fälle zu verlieren braucht.

Unter keinen Umständen kann man dem beistimmen, der dafür eintritt, die Operation in bestimmten Fällen überhaupt für vermeidbar zu halten, so Martin [1]) bei kleinen, nicht wachsenden Tumoren. Pfannenstiel [2]) hat die Grenze noch enger gezogen: „Tumoren, welche längere Zeit hindurch als stationär gebliebene bereits bekannt sind, können unter ärztlicher Kontrolle ausnahmsweise unberührt bleiben, besonders wenn bereits ein- oder mehrmals während des Geschwulstleidens Geburten ohne Störungen stattgefunden haben". Aber daraus ergibt sich keineswegs, daß auch die nächste Geburt ohne Störung verlaufen wird, und es ist genugsam bekannt, daß stationäre Tumoren ganz plötzlich wieder wachsen können. Und dann habe ich ja schon früher darauf hingewiesen, daß gerade kleinere „bekannt stationäre" Tumoren schwere Geburtshindernisse verursachen können. Und noch eins: als Voraussetzung für exspectatives Verhalten gilt allen denen, die dafür eintreten, die ärztliche Ueberwachung: das heißt, daß die Frauen, obwohl ohne Beschwerden, sich wie Kranke verhalten sollen. Jedenfalls leben sie dann dauernd unter einem Druck, eingeschränkt in jeder Beziehung, wenn man sie nicht gar zur ständigen Bettruhe zwingt.

Die glücklich überstandene Operation macht aus einer kranken eine gesunde Schwangere in 2 3 Wochen, die exspectativ Behandelte ist monatelang krank und muß womöglich endlich doch operiert werden, ohne daß man ihr während der ganzen Zeit mit Bestimmtheit für die Erhaltung der Frucht garantieren könnte.

[1]) Martin, die Krankheiten der Ovarien. —
[2]) Pfannenstiel, Veits Handbuch.

Ist da nicht auch in diesen Fällen die Operation das kleinere Uebel?

Von meinen 11 Fällen, die in der Gravidität operiert wurden, betreffen 4 den II.—III. Monat. Vom II. Monat hat Dsirne angegeben, daß er für die Frucht ebenfalls ein kritischer Monat sei, insofern nach ihm besonders leicht Abort nach Ovariotomie eintrete. Von meinen Fällen wurde in keinem die Schwangerschaft unterbrochen. Vielleicht waren — genau läßt sich das nicht mehr feststellen — die Früchte schon über den kritischen Zeitpunkt hinaus. Jenseits des IV. Monats kamen 4 Fälle zur Operation. Bei 2 von diesen Fällen, wo Frühgeburt lange nach der Operation eintrat, kann diese keinesfalls der Operation als solcher zur Last gelegt werden. Immerhin beweisen diese letzteren beiden, daß in der 2. Hälfte der Gravidität diese leichter verletzlich ist. Aber sie zeigen gleichzeitig, daß es weniger die Operation als solche, als vielmehr andere Faktoren sind, die wir keineswegs namhaft machen oder genauer überblicken können, von denen wir aber am ehesten annehmen müssen, daß sie irgendwie mit der Erkrankung des Ovariums zusammen hängen und in letzter Linie für die Unterbrechung der Schwangerschaft verantwortlich zu machen sind.

Demgegenüber findet sich allerdings in der Literatur (Orgler)[1]) die Angabe, daß doppeltseitige Ovarialtumoren keineswegs die Ovariotomie kontraindicieren.

Wenn also auch zweifellos die zweite Hälfte der Schwangerschaft nach Ovariotomie zur Unterbrechung der Gravidität nach den Angaben der Autoren neigt, so kann die Operation als solche (wenn nicht besondere Umstände eingetreten waren), nicht ohne weiteres in allen Fällen dafür verantwortlich gemacht werden. Ist dem aber so, so fällt der letzte Grund fort, der uns bewegen könnte, nach einmal gestellter Diagnose den Termin der Operation länger hinauszuschieben, als die Zeit, die zur Vorbereitung für eine aseptische Operation notwendig ist, beträgt.

Kurz zusammengefaßt ist der Standpunkt der Döderlein'schen Klinik: Ovariotomie, sobald in der Schwangerschaft ein Ovarialtumor entdeckt wird, gleichgiltig, an welchem Zeitpunkt der Schwangerschaft die Frau sich befindet. So die grundsätzliche Anschauung, daß man hie und da aus äußeren Gründen (körperlicher oder geistiger Zustand der Frau) einmal trotzdem einen späteren Termin wird ins Auge fassen müssen, bestätigt als Ausnahme immer nur die Regel.

Wie sollen wir operieren? Daß heute kein gynäkologisch geschulter Arzt in der Schwangerschaft einen Ovarialtumor mit Punction und Incision wird behandeln wollen, ist selbstverständ-

[1]) Orgler, l. c. —

lich. Beide Verfahren lassen sich nicht einmal in den seltensten Ausnahmefällen rechtfertigen.

Die Entfernung des Tumors kann auf abdominellem oder vaginalem Wege vorgenommen werden. Der große Vorzug der abdominalen Operation liegt in der leichteren Zugänglichkeit des Operationsgebietes, der Möglichkeit, allenfalls vorhandene Komplikationen (Torsionen, Adhäsionen) sofort zu erkennen und vor allem darin, daß alle Manipulationen von dem Auge des Operateurs kontrolliert werden können. Diese Vorteile sind umso wertvoller, wenn es, wie in unserem speciellen Falle der Complication von Tumor und Gravidität, gilt, den graviden Uterus so wenig als irgend möglich zu tangieren. Aus diesem Grund wird man auch statt des Küstner-Pfannenstiel-Rapin'schen Querschnittes, der die Entwicklung verkleinerungsfähiger Tumoren leicht gestattet, lieber einen Längsschnitt wählen, dessen Ausdehnung, wenn nötig, auch erweiterungsfähig ist[1]).

Daß man bei Ovariotomien in der Gravidität so schnell und exakt als möglich zu operieren streben muß, um Frau und Frucht eine übermäßig lange Narkose und vermeidbare Blutverluste zu ersparen, liegt auf der Hand. Daß man den Uterus möglichst wenig dislociert oder quetscht, um Weheneintritt oder Ablösung der Placenta zu umgehen, ist besonders zu beachten. Im übrigen aber bietet die Ovariotomie in der Schwangerschaft nichts anderes als die außerhalb; sie erfolgt beide Male nach den gleichen Grundsätzen, so daß hier nicht näher darauf eingegangen zu werden braucht.

Der vaginale Weg vermeidet die Wunde in der Bauchwand, verzichtet aber auf die drei großen Vorteile, die wir für die abdominelle Operation geltend gemacht haben: die Uebersichtlichkeit des Operationsgebietes, Erkennungsmöglichkeit der Komplikationen, das Arbeiten unter steter Leitung des Auges.. Vaginal arbeitet man eben doch immer mehr oder weniger im Dunklen, und wenn auch eine genaue Untersuchung und Aufnahme der Anamnese Complikationen ziemlich ausschließen lassen, so ist man doch vor Ueberraschungen nie ganz sicher. Und vor allem: was mit dem graviden Uterus beim Vorziehen der Geschwulst aus der Scheidenwunde, beim Aufsuchen des Stieles und bei seiner Versorgung geschieht, entzieht sich zu sehr der Beobachtung des Operateurs, als daß heftige Traumen vermieden werden könnten.

Daß für die Komplikation von Tumor und Gravidität ganz besonders alle die Kontraindikationen gegen den vaginalen Weg gelten, die Döderlein für die Ovariotomie außerhalb der Schwangerschaft namhaft macht (irgendwelche Komplikationen im Tu-

[1]) Siehe auch: Döderlein und Krönig, operative Gynäkologie 1912.

mor, Verdacht auf maligne Degeneration solider Tumoren), ist selbstverständlich. Die Hauptbedingung für ein Gelingen der vaginalen Operation ist, wie Döderlein scharf hervorhebt, darin gelegen, daß der Inhalt der Geschwulst sich entleeren läßt, so daß nur mehr der leere Tumorbalg durch die Scheidenwunde gezogen zu werden braucht. Aber auch so sind durch die Größe des Tumors und durch seine Lagerung der vaginalen Methode engere Schranken gesetzt. Es kommt weiter hinzu, daß der Verkleinerung der Ovarialtumoren, worauf Pfannenstiel besonders hingewiesen hat, ein grundsätzliches Bedenken entgegensteht, nämlich die Gefahr von Impfmetastasen, sodaß ein eigentliches Morcellement des Tumors unterbleiben soll (Döderlein)[1]). Für die Ovariotomie in der Gravidität kommt noch weiter einschränkend hinzu, daß der Uterus unter allen Umständen geschont werden muß. Zerrungen an ihm sind aber bei der vaginalen Methode sogar bei vorsichtigstem Arbeiten, auch wenn man vermeidet, Instrumente in ihn selbst einzusetzen (kein Anhacken der Portio!) schlechterdings nicht zu vermeiden. Und wenn auch die mit der vaginalen Methode erzielten Resultate in der Hand berufener Operateure gute sind, die Methode der Regel kann der vaginale Weg nicht sein. Dührßen[2]) selbst gibt zu, daß in manchen Fällen während der Operation der Uebergang vom vaginalen zum abdominellen Wege nötig sein dürfte. An und für sich ein unbequemes Vorkommnis, ist es doppelt unangenehm in der Gravidität, wo viel auf rasches Operieren und möglichst kurze Narkose ankommt.

Aus der Ausführbarkeit der erstrebenswerten Methode, wie Dührßen es tut, eine Indikation für die Verschiebung der Operation auf einen späteren Termin der Gravidität aber abzuleiten, dem kann unmöglich beigestimmt werden. Auch der Operateur muß seine Indikationen in erster Linie aus therapeutischen, nicht methodischen Gesichtspunkten ableiten.

Was die Operationsmethode anlangt, so dürfte die Colpocoeliotomia posterior, die Döderlein[3]) mit Vorliebe anwendet und für den vaginalen Weg im allgemeinen empfiehlt, die gegebene Methode wohl auch in der Gravidität sein.

Das Verfahren der Döderleinschen Klinik ist demnach in diesen Fällen vorwiegend der abdominelle Weg.

Von meinen vaginal operierten Fällen zeigt gleich der erste (Fall 2), wie vorsichtig man mit der Indikationsstellung zur vaginalen Ovariotomie sein soll. Hier war, obwohl bei der Untersuchung weichere und härtere Partien im Tumor und außerdem knochenharte Hervorragungen gespürt worden waren, doch die vaginale Methode angewandt worden, und bei der Operation

---

1) Döderlein, l. c. —
2) Dührssen, Deutsche med. Wochenschrift 1906. —
3) Döderlein und Krönig, Operative Gynäkologie 1912. —

fand sich auch das erwartete Dermoid, aber es war schon in Vereiterung begriffen, so daß bei seiner Incision bräunlich stinkender Inhalt sich entleerte. Die Entwicklung des Tumors stieß wegen vorhandener Adhäsionen auf Schwierigkeiten; nachdem einmal der eröffnete Tumor seinen jauchigen Inhalt entleert hatte, war natürlich nun ein Uebergang zum abdominellen Weg ausgeschlossen und es mußte vaginal die Operation weiter durchgeführt werden. Besser und sicherer wäre in diesem Falle der Weg durch die Bauchwand gewesen.

Im Fall 5b lag ein vollkommen freies, unilokuläres, kindskopfgroßes, nur vom hinteren Scheidengewölbe tastbares Cystom vor, dessen vaginale Entfernung keinerlei Schwierigkeiten bot. In diesem Falle war der vaginale Weg der gebotene, nachdem 12 Jahre vorher schon einmal wegen Ovarialcystoms in der Schwangerschaft operiert worden und Hängebauch eingetreten war. Im Falle 26 (1900 unter v. Winckel operiert) war ein das Becken überragender wenig verschieblicher Tumor dennoch vaginal angegangen worden, die Operation mußte unterbrochen werden und abdominell wurden die doppeltseitigen Eierstockgeschwülste entfernt. Im Falle 31 endlich lag wieder eine kleine, frei bewegliche und demnach vaginal leicht entfernbare Cyste vor.

VI. Therapie unter der Geburt.

Kürzer will ich darauf eingehen, wie man sich zu verhalten hat, wenn die betreffende Cystenkranke nicht in der Gravidität, sondern erst unter der Geburt unsere Hülfe in Anspruch nimmt, da ich die entsprechenden Gesichtspunkte mit eigenen Fällen belegen kann. Daß in solchen Fällen die Diagnose manchmal schwierig sein kann, darauf habe ich schon oben hingewiesen, ist sie gestellt, dann ist, wenn irgend möglich, die Aufnahme in die Klinik oder in das Krankenhaus erwünscht und dringend zu betreiben. Das Privathaus ist bei seinen mangelnden Hülfsmitteln und der oft fehlenden Assistenz nicht der Ort, an dem eine so schwere Complication erfolgreich behandelt werden könnte.

Principiell muß, wie in der Schwangerschaft, so auch unter der Geburt unser Ziel die möglichst rasche Entfernung der Geschwulst sein, wenn wir weiteren Gefahren entgehen wollen. Irgendwelches Zuwarten kann nur verderblich sein, und es gibt keinen Einwand, der es mit Recht verteidigen ließe, am wenigsten der Hinweis auf eine früher bei schon vorhandenem Tumor günstig verlaufene Geburt. Eine Complication kann unter der Geburt noch viel größeren Schaden stiften als in der Gravidität und sie kann von einer Minute zur anderen eintreten und die Situation unrettbar verschlechtern. Dies gilt alles ganz besonders dann, wenn wir zu Beginn der Geburt schon die Kreißende

in unsere Behandlung nehmen können. Wir operieren auch hier fast ausschließlich abdominell. Eine Entbindung des Kindes erscheint in einem solchen Falle nicht angezeigt, sie erfolgt am besten per vias naturales, möglichst spontan; eventuell kann man, wenn der Kopf den Beckenboden erreicht hat, mit Rücksicht auf die frisch durchtrennten Bauchdecken in dem Moment, wo die Bauchpresse in Tätigkeit treten sollte, mit Vorteil die Zange zur Beendigung der Geburt verwenden.

Durchaus denselben Standpunkt werden wir bei schon weiter vorgeschrittener Geburt einnehmen, auch wenn die Untersuchung uns zeigt, daß der vorliegende Tumor nicht als mechanisches Hindernis für die Entwicklung des Kindes durch die Geburtswege in Betracht kommt. Auch hier werden wir den Tumor durch Laparatomie entfernen und die Entbindung im wesentlichen den natürlichen Kräften überlassen. Etwas komplicierter liegen scheinbar die Verhältnisse dann, wenn die Geburt durch den Tumor schon eine Störung erlitten hat, abnorme Lagen, Abweichungen des vorangehenden Teiles eingetreten sind, die Wehenkraft an dem unüberwindlichen Hindernis sich schon erschöpft hat, und uns die Untersuchung der kindlichen Herztöne vielleicht schon eine Gefährdung der Frucht verkündet. In solchen Fällen hat man früher vielfach versucht, die Geburt durch Zange, Wendung oder gar durch das ebenso heroische wie unsinnige Mittel der Perforation zu beendigen. Criwitz[1]) hat in seiner Dissertation die Fälle (besonders aus früherer Zeit) nach Entbindungsweisen zusammengestellt. Bei 14 so vorgenommenen Zangenentbindungen starben 8 Mütter und 6 Kinder, bei 18 Wendungen 7 Mütter, 11 Kinder, bei 20 Craniotomien 10 Mütter und 20 Kinder. Damit ist eine weitere Diskussion solchen Verfahrens überflüssig. Es stellt, kurz gesagt, einen unverantwortlichen Kunstfehler dar, den heutzutage kein geschulter Arzt sich mehr zu Schulden kommen lassen darf.

Die Klinik kennt nur ein Vorgehen in solchen Fällen, die Ovariotomie, wenn nötig unter raschester Entbindung des Kindes. Sobald dieses nachweislich gefährdet ist, scheint mir die Sectio caesarea, die dann der Ovariotomie vorauszugehen hätte, als das sicherste Verfahren. Ist das Kind entwickelt und der Uterus versorgt, so kann die Ovariotomie in aller Ruhe vorgenommen werden. Andernfalls, wenn kein Anzeichen von Gefährdung des Kindes vorhanden ist, kann besonders dann, wenn eine rasche, unkomplicierte Ovariotomie vorlag, die Geburt bei dauernder Kontrolle weiter den natürlichen Kräften überlassen werden. War aber der Muttermund schon völlig erweitert, so dürfte gegen eine nachfolgende Wendung mit Herabholen des Fußes, um

[1]) Criwitz, Inaug.-Diss. Berlin 1902. —

nötigenfalls rasch vollends entbinden zu können, wenig einzuwenden sein. Bei völlig erweitertem Muttermund, und besonders, wenn es sich um eine Mehrgebärende handelt, kann eventuell der Ovariotomie Wendung und Extraktion direkt angeschlossen werden.

Dührßen[1]) gibt auch unter der Geburt der vaginalen vor der abdominellen Methode den Vorzug, auch Pfannenstiel[2]) neigt zu diesem Weg, aber wohl mit Unrecht, da doch durch den vorrückenden Fruchtkörper die Entwicklung der Geschwulst durch die enge Scheidenöffnung ganz wesentlich erschwert werden kann.

Unter meinem Material befindet sich nur ein Fall aus dem Jahre 1905 (v. Winckel), wo eine Kreißende mit Ovarialtumor in die klinische Behandlung kam (16). Die Aufnahme erfolgte am 20. VII. 05, nachdem schon am 19. VII., als die Geburt schon lange Zeit in Gang war, die Hebamme 11 h. a. m. die Blase gesprengt hatte. Bei der Aufnahme waren die Herztöne des Kindes noch gut zu hören, aber der Abgang von Mekonium zeigte schon eine Gefährdung der Frucht an; die Temperatur der Mutter betrug erst 38,3, später (11 h. 30 a. m.) 39,2 Grad. Der Muttermund war für 4 Finger durchgängig, der vorliegende Teil (Kopf) stand hoch hinter der Symphyse auf die rechte Beckenschaufel abgewichen, und nur mit einem kleinen Segment dem tastenden Finger erreichbar. Ein im Douglas tastbarer, mannsfaustgroßer, nach oben verschieblicher Tumor, hinderte den Eintritt des Kopfes in das kleine Becken. Die Reposition des Tumors in die Bauchhöhle gelang leicht, worauf der Kopf ins Becken eingeleitet werden konnte und nun rasch auch tiefer trat. Aber bald darnach waren die Herztöne nicht mehr zu hören und 3 h. 45 erfolgte die Geburt eines toten, ausgetragenen Kindes, das natürlich nicht mehr wiederbelebt werden konnte. Nach der Geburt sank die Temperatur der Mutter auf 37,4 Grad.

Bei der Aufnahme war das Kind offenbar schon in Gefahr, wenn auch nicht schwerer gefährdet, die spontane Geburt war unmöglich; konnte mehr Indikation vorliegen, das Kind rasch zu entbinden und den Tumor dann zu entfernen? Wäre in diesem Falle nach den Principien unserer Klinik das Kind durch Sektio caesarea entbunden worden, es hätte lebend erhalten werden müssen. Die Ovariotomie konnte dann sofort angeschlossen werden. Hier aber wurde sie erst 3 Wochen nach der Geburt ausgeführt, obwohl die Frau fiebernd nach langem, vergeblichen Kreißen, und nachdem die Hebamme die Blase bei noch nicht ins Becken eingetretenem Kopf gesprengt hatte, eingeliefert worden war. Das heißt doch, man ließ die Frau auch das Risiko einer eventuell stattgehabten Infection des durch den andringen-

[1]) Dührssen, l. c. —
[2]) Pfannenstiel, Veits Handbuch. —

den Fruchtteil sicher als geschädigt anzusehenden Tumors laufen. Das Fieber war noch ein Grund mehr, der zu sofortiger Operation hätte zwingen sollen.

Noch gefährlicher war es, in dem oben schon besprochenen Falle 11 die Geburt einfach den natürlichen Kräften zu überlassen. Die Lage des im hinteren Scheidengewölbe konstatierten Tumors war dazu angetan, bei der Geburt in Kollision mit der Frucht zu kommen, die Diagnose war bei der eigentümlichen Kombination mit uterus duplex nicht klar. Unter der Geburt wich der Kopf des Kindes nach links ab. War da nicht Operation das Gegebene? Statt dessen wurden die Vorbereitungen zur Wendung getroffen, die aber nicht zur Ausführung kam, da während der dazu nötigen Zeit die Spontangeburt des Kindes erfolgte. Die Operation, die dann noch ausgeführt wurde, fand erst 4 Monate nach der immer noch sehr glücklich verlaufenen Entbindung statt.

Ich habe schon oben Gelegenheit gehabt, darauf hinzuweisen, wie gerade im Wochenbett leicht Stieldrehung eintritt und Infektion des Inhaltes besonders bei gequetschtem Tumor zu befürchten steht. A. Martin [1]) hat besonders hervorgehoben, daß das Puerperium und die Laktation keineswegs eine Kontraindikation gegen Ovariotomie darstellen. Ist wirklich aus dem Verhalten der Körpertemperatur Infektion anzunehmen, so muß die Operation, sobald als irgend der Zustand der von der Geburt erschöpften Frau dies zuläßt, vorgenommen werden; aber auch sonst empfiehlt es sich nicht, länger als durchaus notwendig zu warten.

VII. Therapie im Wochenbett.

Kommt eine Puerpera zur Aufnahme, ohne daß wir über den Vorgang der Geburt oder des stattgefundenen Abortes genügende Klarheit gewinnen können, oder deuten gar anamnestische Angaben auf Collision des Tumors mit der Frucht hin, so ist die baldigste Operation doppelt indiciert.

Der Standpunkt unserer Klinik ist somit ein relativ einfacher der Komplikation von Ovarialtumor mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett gegenüber, er heißt Operation, wo immer man den Tumor trifft.

Der Praktiker, der nicht in der Lage ist, eine Ovariotomie auszuführen oder die Kreißende in ein Krankenhaus zu diesem Zwecke überführen zu können, muß nach anderen Gesichtspunkten handeln. Bei einem Tumor, der nicht allzu groß frei beweglich oberhalb des Beckens sich findet, wird exspektatives Verhalten das Gegebene sein. Entbindung durch Forceps, sobald der Zeitpunkt dazu gekommen ist, ist anzuraten, da Schwäche der Bauchpresse bei im Abdomen gelegenen Tumoren besonders leicht eintritt. Eine zweckmäßig angelegte Binde, nachdem das Kind

[1]) A. Martin, die Krankheiten per Ovarien. —

ausgestoßen ist, kann den Tumor fixieren und Torsion bis zu einem gewissen Grade verhindern. Bei abnorm großem Tumor kann aber doch eventuell Punction für ihn in Frage kommen, die dann besser von der Bauchwand als von der Scheide aus erfolgt, um Infektion der Wunde hintanzuhalten. Reicht der Tumor zwar ins Becken hinein, ist aber am Stiel beweglich und leicht verschiebbar, so ist das rationellste Verfahren die Verlagerung der Geschwulst in die Bauchhöhle, die Reposition, der, wenn sie gelungen ist, am besten unter Sprengung der Blase die Einleitung des vorliegenden Teiles ins Becken angeschlossen wird, um ein Zurückgleiten des Tumors zu verhindern. Das Gleiche kann nach Benkiser[1]) durch Einlegen eines Scheidenkolpeurynters erzielt werden. Viel besser erscheint nach Pfannenstiel[2]) Einlegen des Ballons in den Uterus, um die Geburt zu beschleunigen. Nach Mc Kerron[3]) gelingt die Reposition des Tumors in 60 Prozent der Fälle. Ist sie gelungen und ein Wiederzurückgleiten des Tumors unmöglich, so kann die weitere Geburt den Naturkräften überlassen werden.

Daß die Reposition so zart wie irgend möglich vorgenommen werden soll, um Quetschungen des Tumors zu vermeiden, daß von Anwendung jeder Gewalt Abstand genommen werden muß, wenn man nicht gefährliche innere Blutungen erleben will, kann nicht genug betont werden.

Bei im Becken festsitzenden Tumoren muß die Entbindung an dem unzerkleinerten Tumor vorbei unter allen Umständen verworfen werden. Zur Verkleinerung des Tumors erscheint nach Bumm[4]) seine Incision, eventuell Punction von der Scheide aus als das rationellste Verfahren. So hat sich offenbar der Arzt in meinem Falle 12 verhalten und damit die Geburt glücklich beendigt.

Besteht absolutes Hinderniß für die Geburt und läßt die Beschaffenheit des Tumors, wie eine angestellte Probepunktion dies erweist (Teratom), seine Verkleinerung nicht zu, dann bleibt auch für den praktischen Arzt nur die Sektio caesarea übrig, um Mutter und Kind vor der Katastrophe zu bewahren.

Am Schlusse ist es mir noch eine angenehme Pflicht, meinem verehrten Lehrer, Herrn Geheimrat Professor Dr. Doederlein für die gütige Uebernahme des Referates, sowie Herrn Oberarzt Prof. Dr. Baisch für die freundliche Hülfe bei der Abfassung dieser Arbeit, sowie Ueberlassung des Themas, meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

---

[1]) Benkiser, Münchener med. Wochenschrift 1899, pag. 923. —
[2]) Pfannenstiel l. c. —
[3]) M. Kerron Lond. obst. trans. XXXIX. —
[4]) Bumm, Grundriss zum Studium der Geburtshülfe 1912. —

Lebenslauf.

Ich, Boginja Barjaktarović, geboren am 2. Juli 1886 in Veliko Oraschje (Serbien) als Tochter des Polizeichefs dieses Bezirks Athanasie Barjaktarović, erlangte das Reifezeugnis des III. Gymnasiums zu Belgrad und studierte 4 Semester lang Architektur an der dortigen Universität. Darauf ging ich zum Studium der Medicin über und besuchte während 4 Semestern das medicinische Institut für Frauen in St. Petersburg (Rußland), bestand dort die Prüfungen in den vorklinischen Fächern und ging zu Beginn des Wintersemesters 1909/10 zur Beendigung meines Studiums nach München, wo ich bis zum Ende des Sommersemesters 1912 die Vorlesungen an der medicinischen Fakultät besuchte. Mit diesem als meinem 10. medicinischen Semester beschloß ich mein Studium.

Boginja Barjaktarović.

I. Ovariotomie in der Schwangerschaft.

Name etc.:	Vorgeschichte:	Aufnahmebefund:	Operation:	Tumor:	Heilungsverlauf:
1. Fall. H. A. 1904 Nr. 225. 25 Jahre. II. para.	18. XI. 1904. Spontane Entbindung ohne Besonderheiten. Seit Ende Septemb. 04 Menses wieder ausgeblieben. Seit der Geburt Schmerzen in rechter Bauchseite, in letzter Zeit stärker geworden. Von Arzt Ovarialgeschwulst diagnosticiert.	21. XI. 04. Abdomen etwas aufgetrieben unterhalb des Nabels. Rechts vom Nabel apfelgrosse, kugellige Resistenz. Weich. Uterus kleinorangen gross, aufgelockert, gravid. Tumor in Verbindung mit rechter Uteruskante tastbar. Linke Adnexe frei.	26. XI. 04. Abdominell. Suprasymphysaerer Querschnitt. Kleinapfelgrosser von linken Adnexen ausgehender Ovarialtumor. Abtragung am Stiel.	Mandarinengrosses multiloculaeres Cystom.	Kleines Haematom der Bauchdecken, sonst reaktionsloser Verlauf. 14. XII. Geheilt entlassen. Weiterer Verlauf unbekannt.
2. Fall. H. Cr. 1905 Nr. 235. 33 Jahre. III. para.	Immer regelmässig menstruiert. Erste Geburt spontan, die nächsten Zangengeburten. Letzter Partus 8. XII. 04. Vorübergehend Beschwerden bei Wasserlassen. Bei der letzten Schwangerschaft soll schon eine Geschwulst neben dem Uterus konstatiert worden sein. Letzte Menses Ende September.	28. XI. 05. 2 Finger breit unterhalb des Nabels fundus uteri gravidi. Vom Douglas aus fühlt man einen etwa kindskopfgrossen Tumor mit weicheren Partien und spitzen, knochenharten Hervorragungen. Obere Grenze nicht festzustellen.	9. XII. 05. Vaginal. Bläulich durchscheinender Tumor blossgelegt, bei seiner Verkleinerung entleert sich eine grössere Menge eitrigen, stinkenden Inhaltes. Adhaesionen des Tumors stumpf gelöst, Tumor herabgezogen, 2 cm breiter Stiel und eine ebensolche Adhaesion unterbunden und durchtrennt. Jodoformtamponade.	In Vereiterung begriffenes Embryom des rechten Ovariums.	Bis 26. XII. ungestörter Heilungsverlauf, höchste Temperatur 37,8° C. Am 26. XII. plötzlich Wehen, Ausstossung der 4-monatlichen Frucht. Placenta digital entfernt. 3. I. 06 geheilt entlassen.

3. Fall. K. M. 1905. Nr. 93 37 Jahre. V. para.	Immer gesund, Menses normal.4 Spontangeburten, letzte 12. IV. 04. Danach Bauchfell- und Gebärmutterentzündung, seitdem drückendes Gefühl im Leib, der während der Krankheit stark aufgetrieben war. Wurde dann kleiner, blieb aber „hart". Stechende Schmerzen in linker Unterbauchgegend. Letzte Menses 26.—31. I. 05.	1. V. 05. Mannskopfgrosser, leicht beweglicher Tumor mit glatter, fluktuierender Wand in rechter Unterbauchgegd. Oberhalb der Symphyse vergrösserter Uterus von aussen tastbar. Per vaginam: Uterus faustgross, aufgelockert, überragt eben Beckeneingang. Tumor über Becken ballotierend. Stiel nicht zu tast., ebensowenig ein Ovarium, weder rechts noch lks.	3. V. 05. Abdominell. Längsschnitt. Nicht von Peritoneum überzogene Ovarialcyste, langer dünner Stiel nach linker Uteruskante. Rechtes Ovarium intakt.	Mannskopfgrosse Ovarialcyste.	15. V. 05. Fieberfreier Verlauf Uterus in der Mitte zwisch. Nabel und Symphyse. 22. V. bei fortschreitend Gravidität geheilt entlassen.
4. Fall. L. K. 1906. Nr. 175 28 Jahre. VI. para.	Sämtliche Geburten spontan. P. kommt wegen starker, stechender Schmerzen im Leib. Es bestehen nervöse Anfälle. Seit 17. VII. 06 sistieren Menses.	28. VIII. 06. In der Mitte zwischen Nabel und Symphyse strausseneigross., fluktier. verschieblicher Tumor. Per vaginam: Faustgross. gravid. Uterus. Von d. link. Seitenkante d. Uterus zieht langer Stiel nach dem Tumor.	31. VIII. 06. Abdominell. Suprasymphysaerer Querschnitt. Tumor frei am Stiel, abgetragen.	Linksseitige, strausseneigrosse Parovarialcyste.	3. IX. Phlebitis der rechten vena saphena. 19. IX. geheilt entlassen. 22. IX. Uterus handbreit über der Symphyse.
5. Fall. M. E. a) 1894 23 Jahre. III. para	Erster Partus Zange, 1890. 1892 und 93 Perforation. Kommt in die Klinik, da sie eine Geschwulst im Leib bemerkt. Ausserdem gibt Pat. an, seit 5 Monaten schwanger zu sein.	1. IV. 1894. Fundus uteri gravidi 2 Finger breit oberhalb des Nabels. Aus d. Beckeneingang ragt nach rechts ein prallelastischer, auch vom Douglas palpabler Tumor, der mit kugligen Prominenzen besetzt ist. Ein Ovarium ist nicht tastbar.	2. IV. Abdomiuell. Kindskopfgrosser, kleincystischer, nicht verwachsener Tumor mit Stiel zur rechten Uteruskante entfernt.	Kindskopfgrosses, multilokulaeres Cystom.	Geheilt entlassen, Gravidität ohne Störung beendet. Spontangeburt eines reifen, lebenden Kindes.

Name etc.	Vorgeschichte:	Aufnahmebefund:	Operation:	Tumor:	Heilungsverlauf:
b) 1906. Nr. 143 35 Jahre. IX. para. s. Rückseite.	1898 und 99 zwei weitere Spontangeburten, 1900 Abort im 4. Monat und Spontangeburt 1900 und 1902. Letzte Menses 6. II. 1906. Kommt wegen Leib- und Kreuzschmerzen. Obstipation, Kurzatmigkeit.	30. VII. 06. Hängebauch. Uterus handbreit oberhalb des Nabels. Kindsteile seitlich. Vom hinteren Scheidengewölbe aus fühlt man ein medianliegendes, nach oben nicht abgrenzbares Tumorsegment.	2. VIII. 06. Vaginal. Tumor nicht verwachsen, kann herabgezogen und so Stiel durchtrennt werden. Primaere Scheidennaht.	Unilokuläres, circa kindskopfgrosses Ovarialcystom.	4. VIII. Uterus zeigt zeitweilig schmerzlose Kontraktionen, die nach einigen Tagen sistieren. Wundverlauf und Fortschreiten der Schwangerschaft normal. 18. VIII. geheilt entlassen. 19. VIII. Aufnahme in die geburtshülfliche Abteilung. 25. XI. spontaner Partus praematurus. 2180 g schwerer Knabe, wenige Tage post partum an Lebensschwäche gestorben. Mutter geheilt entlassen.
6. Fall. G. M. 1909 Nr. 455. 27 Jahre. II. para.	Letzte Menses 1. VI. 09 Kommt wegen Schmerzen und Stechen im Leib.	16. VIII. 09. Uterus von aussen nicht zu tasten. Oberhalb des Beckens eine faustgrosse, derbe, bewegliche Geschwulst. Per vaginam: Faustgrosser, gravider Uterus. Seitendiagnose des Tumors unsicher.	18. VIII. 09. Abdominell. Pfannenstielscher Querschnitt. Abtragung der Geschwulst am Stiel.	Ovarialdermoid.	Reaktionsloser Verlauf. 9. IX. 09 geheilt entlassen. Gravidität ging ungestört weiter.

7. Fall. B. M. 1911. Nr. 589. 36 Jahre. VI. para.	Letzte Geburt vor7 Mon. Seit circa 7 Wochen Schmerzen im Leib und Erbrechen, seit 14 Tagen Dysurie. Sonst keine wesentlichen Beschwerden.	29.XI. Kindskopfgrosser, medianstehender, prallelastischer Tumor vor dem aufgelockerten, circa faustgrossen, graviden Uterus.	16. XII. Abdominell. Pfannenstiel. Ovarialtumor zusammen mit rechten Adnexen entfernt. Gravidität entsprechend menses III.	Cystoma ovarii dextri simplex.	Geheilt entlassen. Schwangerschaft blieb ungestört.
8. Fall. H. A. 1911. Nr. 514. 27 Jahre. I. para.	Letzte Menses Ende April, seit 14 Tagen Genitalblutung, kräftige Schmerzen im Leib.	5. VII. Uterus von aussen tastbar, in der Mitte zwischen Nabel und Symphyse, gravid. Per vaginam: Faustgross; ausserdem ist vom hinteren Scheidengewölbe aus eine rundliche Resistenz tastbar.	7. VII. Abdominell. Pfannenstielscher Querschnitt, Uterus liegt vor, beide Ovarien sind in cystische Tumoren von Nierenform verwandelt, beide frei beweglich, mit den Adnexen abgetragen.	Cystische Degeneration beider Ovarien, Cysten von Pflaumengrösse.	7. VII. Im Laufe der Nacht Wehen. 8. VII. Blutabgang. 11 Uhr abends Abgang einer hühnereigrossen Blasenmole, teilweise mit Abortzange entfernt. 9. VII. Fieber 39,5. Von da an mehrere Tage hohes Fieber. 30. IX. geheilt entlassen.
9. Fall. M. M. 1911. Nr. 572. 35 Jahre. III. para.	Alle Geburten spontan, kein Abort. Seit Anfang Mai keine Menses mehr. Seit 1910 sei der Leib schon etwas aufgetrieben gewesen. Kommt wegen Druckgefühl im Leib.	3. IX. Leibesumfang 103 cm. Fundus uteri von außen nicht tastbar. Den ganzen Leib nimmt ein großer, cystischer Tumor von glatter Oberfläche ein. Per vaginam: Uterus anteflektiert, ca. kindskopfgroß, gravid, durch den Tumor tief ins Becken hinabgedrängt.	6. IX. Abdominell. Pfannenstielscher Querschnitt. Tumor punktiert. Entleert große Menge schokoladenbraunen und hellen, klaren Inhalts. Tumor nirgends verwachsen. Stiel von rechter Tube gebildet, abgetragen. Uterus gravidus mensis V.	Grosses einkammeriges Cystoma ovarii dextri.	Verlauf der Wundheilung und Gravidität ungestört. 18. IX. geheilt entlassen. Spontangeburt eines ausgetragenen Kindes ohne jede Störung ausserhalb der Klinik.

Name etc.:	Vorgeschichte:	Aufnahmebefund:	Operation:	Tumor:	Heilungsverlauf:
10. Fall. K. K. 1912. Nr. 104. 28 Jahre. III. para.	Geburten spontan. Kinder leben. Letzte Menses 25. XII. 11. Seit einigen Wochen Schmerzen im Leib.	30. II. 12 In linker Unterbauchgegend bewegl., cystischer Tumor über dem Becken. Gravidität II.—III. Monat.	23. II. 12. Abdominell. Mannsfaustgrosser, freier Tumor vom linken Ovarium ausgehend mit Stiel entfernt.	Unilokuläres Cystom des linken Ovariums.	Nach ungestörtem Verlauf geheilt entlassen.

II. Ovariotomie nach der Geburt.

Name etc.:	Vorgeschichte:	Aufnahmebefund:	Weiterer Verlauf:	Operation u. Heilungsverl.	Art des Tumors:
11. Fall. S. A. 1902. Nr. 294. 36 Jahre. III. para.	Frühere Geburt. spontan ohne Besonderheiten verlaufen. Letzte Menses Mitte Februar 02.	Fundus uteri am Rippenbogen. Rechtes Parametrium mit alten Verdickungen. Links von Uterus hühnereigrosser, beweglicher, etwas empfindlicher Tumor vom hinteren Vaginalgewölbe tastbar. Portio medial in Spinallinie.	17. XI. 02. Wehenbeginn. Kopf des Kindes beweglich über dem Becken. 18. XI. Schmerzen in der linken Seite, keine Wehen mehr. 4. XII. 4 Uhr 15 Min. a. m. kräftige Wehen. 4 Uhr 45 a. m. linksseits vom Vaginalgewölbe aus seitlich und nach hinten faustgrosser, beweglicher und empfindlicher Tumor. Im Fundus rechts grosser, ballotierender Teil, tiefer kleine Teile. An der linken Seitenkante des Uterus ein länglicher, fester Körper; Kopf des Kindes auf linke Beckenschaufel abgewichen. 4 h. p. m. Spontangeburt eines ausgetragenen asphyktischen Kindes. Wiederbelebt.	10. IV. 03. Abdominell, ergibt 2 gleichgrosse Uteri je mit Ovarium und Tube. Uterus duplex. Linke Tube kleinfingerdick, chronisch verdickt. Ovarium hühnereigross, prallelastischer Tumor. Linker Uterus in Zusammenhang mit Tumor abgetragen. Dabei Blutung 500 ccm. Reaktionslose Heilung. 25. IV. Entlassung.	Tumor enthält dunkelbraune, schmierige, geruchlose Masse, die sich durch Tube in den teilweise atretischen Uterus fortsetzt. Haematometra und Haematosalpinx.

12. Fall. E. A. 1904. Nr. 136. 26 Jahre. III. para.	Frühere Geburten spontan. Mit Beginn der letzten Gravidität ziehend. Schmerzen im Rücken. Leib wurde abnorm rasch dick. Gegen Ende der Gravidität Dysurie. Entbindung durch Forceps Febr. 04. Vorher durch Punktion per vaginam bräunliche Flüssigkeit abgelassen. Danach Beschwerden aufgehört. Seit 1 Monat wieder Schmerzen.	14. VII. 04. Links oberhalb der Symphyse ein vier fingerbreites Geschwulstsegment mit unebener Oberfläche zu tasten. Per vaginam: Im Douglas ein knolliger Tumor zu fühlen. Uterus eleviert, nicht vergrössert.	20. VII. Abdominell. Keine stärkeren Verwachsungen des Tumors mit der Umgebung. Abtragung mit den link. Adnexen. 9. VIII. geheilt entlassen.	Multilokuläres Cystom des linken Ovariums.
13. Fall. L. S. 1904. Nr. 47. 33 Jahre. VIII. para.	Frühere Geburt. spontan. Letzte (VIII) Geburt vor 4 Monaten. Einige Zeit nach der 7. Geburt mit Schmerzen in der linken Seite erkrankt. Es entwickelte sich eine faustgrosse, harte Geschwulst, als Ovarialtumor festgestellt. Während der VIII. Gravidität keine Schmerzen, nach der letzten spontanen Geburt 8. XII. 03 heftige Schmerzen, auch beim Wasserlassen. Geschwulst nahm rapid zu.	16. III. 04. Leibesumfang 110 cm., Geschwulst das ganze Abdomen bis gegen processus xiphoideus einnehmend, verschieblich. Verschiedene konsistente Geschwulstsegmente. Uterus klein.	21. III. Abdominell. Abtragung. Kein Anzeichen von Stieldrehung. 9. IV. geheilt entlassen.	Glandulaeres, multilokuläres Cystom des linken Ovariums.

Name etc:	Vorgeschichte:	Aufnahmebefund:	Weiterer Verlauf:	Operation u. Heilungsverl.	Art des Tumors:
14. Fall. Sch. L. 1904. Nr. 93. 27 Jahre. II. para.	Erster Partus norm., Kind lebt, kein Abort. Letzte Menses Dez. 1903. Pat. bemerkte, dass der Leib stärker anschwoll als der Zeitdauer der Gravidität entsprach und dass ein grosser Tumor fühlbar wurde.	14. V. 04. Uterus gravidus mens. V—VI. Im linken Hypochondrium teils harter, teils elastischer zweikindskopfgrosser Tumor, nicht beweglich. Kein Zusammenhang mit Niere od. Milz.	Schwangerschaft während 3 wöch. Beobachtg. norm. fortgeschr. Pat. auf 3 Woch. deshalb entlassen, kommt nicht wieder. Ausserhalb Spontangeburt ohne Störg. 6. XI. 04 Wiederaufnahme. Leibesumfang 101 cm. Mannskopfgrosser beweglicher Tumor links über d. Becken, cystisch m. sekundären Knot., diese sehr derb Uterus nicht vergröss. Tumorstiel nicht zu tasten. Pat. klagt über Schmerzen in linker Seite.	12. XI. 04. Abdominell. Geringer Erguss im kleinen Becken. Tumor frei bewegl. aber breite Netzadhaesionen am unter. Pol. Stiel nach link. Tubenecke, breit. Tumor mit Stiel abgetragen.	Cystoma multilokulare.
15. Fall. F. Th. 1905. Nr. 13. 29 Jahre. V. para.	Alle Geburten spontan. Nach letzter Geburt (27. X. 04) blieb Leib aufgetrieben und nahm an Umfang noch zu.	10. I. 05. Leibesumfang 82 cm. Bis zum Nabel reichender, mediangeleg., cystischer Tumor. Per vaginam: vom vorderen Scheidengewölbe Geschwulstsegment tastbar. Tumor verwachsen, Uterus nicht vergrössert.	15. Fall. — — —	1. VII. 04 geheilt entlassen. 17. I. 05 wieder vorgestellt. Menses wiedergetreten, am 14. I. 05 schwach. Wohlbef. Zu Fall 15. 18. I. 05. Abdomin. Stiel nach d. recht. Uterusecke. Ausschälung d. Tumors gelingt leicht. 3. II. nach ungestört. Heilverlauf entlassen.	Cystoma ovarii dextri multilokulare.
16. Fall. Sch. M. 1905. Nr. 161. 25 Jahre. I. para.	Abort März 1904 (III. menses). Letzte Menses Anfang Oktober 1904. Wehenbeginn 19. V. 05. 11 Uhr Blase durch Hebamme gesprengt.	20. VII. Temp. 39,2. Frucht in erster Schädellage. Mutterm. für 4 Finger durchgängig. Vorliegender Kopf hoch hinter der Symphyse, eben erreichbar, nach rechts abgewichen. Im Douglas mannsfaustgross. nach oben verschieblicher Tumor, der in der Wehe prallelastisch wird. Mekoniumabgang. Herztöne gut. (11 h. 30 a. m.)	20. VII. Tumor nach oben per rectum reponiert. Kopf eingeleitet. Herztöne nicht mehr zu hören. 3 h 45 p m. Spontangeburt eines toten Kindes. Wochenbett verlief fieberfrei.	10. VIII. Abdominelle Ovariotomie. 29. VIII. nach ungestörtem Heilverlauf entlassen.	Cystoma glandulare ovarii sinistri.

17. Fall. E. A. 1906. Nr. 208. 23 Jahre. II. para	Letzte Geburt 31.VII.06. Schon während letzter Grav. auffallend grosser Leib, Schmerzen in linker Seite, Erbrechen. Nach Geburt vorübergehende Besserung. Leib wird wieder grösser.	22.X.06. In linker Unterbauchgegend zirka kindskopfgrosse, leicht verschiebliche, prallelastische Geschwulst. Per vaginam: Uterus klein, retroponiert. Im Douglas das sehr verschiebliche rechte Ovarium. Von linker Uteruskante Stiel zum Tumor.	25. X. 06. Abdominell. Unkomplizierte Ovariotomie. 13. XI. geheilt entlassen.	Cystoma ovarii sinistri.
18. Fall. L. Cr. 1906. Nr. 63. 30 Jahre. II. para.	1 Abort. Letzte Geburt 1903, soll 4 Tage gedauert haben. Seitdem Schmerzen im Leib. Prolaps.	29. III. Uteruskörper etwas vergrössert, nach hinten und rechts durch einen Tumor verlagert, der mit breitem Stiel mit ihm verbunden und nicht verschieblich ist. Der faustgrosse Tumor links vom Uterus.	31.III. Abdominell Ovariotomia sinistra Colporrhaphia posterior. 15. IV. geheilt entlassen. 30. VI. regelmässige Menses. 25. IX. gravida mensis II.	Cystoma ovarii simplex.
19. Fall. B. B. 1908. Nr. 135. 28 Jahre. IV. para.	1904 Abort. Letzter Partus 12. XI. 07. Seit 1904 sollen Schmerzen im Leib bestanden haben, die in der letzten Schwangerschaft aussetzten, jetzt aber wieder stärker auftreten.	8. IV. Uterus anteflektiert, gut hühnereigross, derb. Rechts vom Uterus ein mannskopfgrosser, prallelastischer Ovarialtumor.	14.IV. Abdominell. Pfannenstiel. Tumor mit den rechten Adnexen entfernt. 2. V. geheilt entlassen.	Cystoma ovarii dextri simplex.

Name etc.:	Vorgeschichte;	Aufnahmebefund:	Weiterer Verlauf;	Operat. u. Heilungsverlf.:	Art des Tumors;
20. Fall. K. Th. 1908. Nr. 195. 21 Jahre. II. para.	Beide Geburten spontan. 28. II. 08 letzter Partus. Steisslage, Wendung. Damals schon vom Arzt Cystom diagnostiziert. Seit dieser Geburt zunehmende Auftreibung des Unterleibs. 14. V. heftige Leibschmerzen links. Blutabgang, seitdem Schmerzen.	20. V. 08. Uterus hühnereigross, derb, anteflektiert; darunter glattrandig., prallelastischer, über mannskopfgrosser Tumor, bis an Rippenbogen reichend, ihm sitzt ein kleinerer, mannsfaustgroßer Tumor auf.		26. V. Abdominell. Unkomplizierte Ovariotomie. 5. VI. geheilt entlassen.	Cystoma multilokulare pseudomucinosum ovarii dextri.
21. Fall. N. Cr. 1908. Nr. 73. 29 Jahre. I. para.	26. XII. 07. Spontangeburt. Kind starb nach ¼ Stunde. 7 Wochen nach Entbindg. traten Menses wieder ein. 4 Wochen darnach Anschwellung des Leibes bemerkt. 8. V. heftige Schmerzen in l. Seite, Erbrechen. Seit Mitte Februar sistieren die Menses.	11. V. Abdomen von grossem, glattwandigem, cystischem Tumor eingenommen. Per vaginam: Uterus erscheint nicht wesentlich vergrössert.		13. V. 08. Abdominell. Tumor reicht bis zum Zwerchfell, nimmt ganzes Abdomen ein. Punktion ergibt Pseudomucin. Stiel von lk. Uterusecke ausgehd. gedreht (ganz frisch). Rcht. Ovarium intakt. Abtragung am Stiel. 2. V. nach unkompliziertem Heilungsverlauf entlass.	Cystoma pseudomucinosum ovarii sinistri.
22. Fall. Sp. Th. 1908. Nr. 168. 31 Jahre. IV. para.	Alle Geburten spontan, letzte 5. II. 08. Seitdem Schmerzen. Nach Entbindung fiel Pat. auf, dass Leib noch immer angeschwollen war und grösser wurde.	9. V. Corpus uteri anteflektiert, hühnereigross, oberhalb und links von Uterus ein mannskopfgrosser prallelastischer Tumor.		12. V. Abdominell. Pfannenstiel. Unkomplizierte Ovariotomie. 31. V. geheilt entlassen.	Cystoma ovarii sinistri simplex.

23. Fall. K. R. 1910. Nr 553. 24 Jahre. II. para.	Geburten spontan. 28. IV 10 letzter Partus. Seitdem Schmerzen im Leib.	7 IX. Uterus anteflektiert vergrössert, rechts und hinten neben Uterus apfelgrosser Ovarialtumor.	10.IX.Abdominell. Pfannenstiel, Ovariotomia dextra. 26.IX. geheilt entlassen.	Dermoidcyste des rechten Ovariums.
24. Fall. Sch. A. 1910. Nr 85. 41 Jahre. VII para.	1 Frühgeburt, alle Geburten spontan. letzte Mitte Juni 10. Seitdem Fieber und Anschwellung des Leibes.	14. IX 10. Leib unterhalb des Nabels kugelig vorgetrieben, hier perkutor. Dämpfung Scheidengewölbe durch unregelmässig. Tumor vorgedrängt, nicht sicher zu tastender Uterus. Tumor ragt mit mehreren prallelast. Segmenten ins Becken Grosse Geschwulst im Abdomen.	17.IX. Abdominell. Nach Eröffnung des Peritoneums braunrote mortifizierte Cystenwand vorliegend. Ausschälung unmöglich. Ausräumung der inneren Cystenwände, Tamponade 4. XI. geheilt entlassen.	Cystoma ovarii sinistri multilokulare.
25. Fall. Sch. R 1910. Nr 603. 27 Jahre. IV. para.	Geburten spontan, 2 Aborte, letzter Partus 23.VII. 10. Vor 3 Jahren Appendicitis. Seit einigen Wochen Anschwellung des Leibes und Schmerzen.	27.X.10 Abdomen links unten kugelig vorgetrieben, Uterus hühnereigross, retroflektiert, über ihm die grosse, derbe bis über den Nabel reichende Geschwulst. Rechtes Ovarium taubeneigross, linkes nicht palpabel.	30.X.10. Abdominell. Doppelmannskopfgrosser, mit Fiebrinauflagerungen besetzter Tumor. Stiel, einmal gedreht, zieht nach rechter Uterusecke; Abtragung am Stiel.	Cystoma unilokulare ovarii dextri.

III. Ovariotomie nach Aborten.

Name etc.:	Vorgeschichte:	Aufnahmebefund:	Operation:	Tumor:	Heilungsverlauf:
26. Fall. S. M. 1900. Nr. 247. 33 Jahre. I. para.	1897 und 1900 Abortus mens. III. Kommt wegen Schmerzen im Leib.	28. IX. 00. In linker Unterbauchgegend das Becken überragender, wenig verschieblicher, prallelastisch. Tumor. Per vaginam: ebenfalls tastbar. Rechte Adnexe vergrössert.	30. IX. Erst vaginal, dann abdominell operiert. Doppeltseitige freie Adnextumoren mit Adnexen abgetragen.	Cystoma multilokulare beider Ovarien.	21. X. geheilt entlassen.
27. Fall. K. V. 1903. Nr. 36. 46 Jahre. XI. para.	10 Geburten spontan, einmal Forceps. Vor 4 Monaten 8 Wochen lang Menopause. Vor 8 Wochen Abort. Seit 3 Monaten Geschwulst im Leib bemerkt, die in letzter Zeit stark zunahm.	10. I. 03. Mannskopfgrosser, beweglicher Tumor mit prallelastischen Segmenten handbreit unterhalb des Schwertfortsatzes. Per vaginam: Tumor zeigt Stiel nach linker Uteruskante. Uterus mittelgross., retroflektiert.	16. I. Abdominell. Abtragung zusammen mit link. Adnexen.	Cystoma papillare multilokulare ovarii sinistri.	Verlauf reaktionslos. 20. II. Menses treten wieder ein. 16. III. als geheilt entlassen.
28. Fall. E. M. 1904. Nr. 110. 44 Jahre. XI. para	Alle Geburten spontan. letzte 17. I. 04. Februar wieder Menses. Anfang April starke Blutung und Abgang von Fetzen. Patientin sei ohnmächtig geworden.	6. VI. 04. In der rechten Bauchseite eine mit dem Uterus nicht zusammenhängende Geschwulst. Per vaginam: rechts vom kleinen Uterus mandarinengrosser Tumor, prallelastisch, in Verbindung mit einem hühnereigrossen Tumor von derselben Consistenz im Douglas.	18. VI. Abdominell. Haematocoela retrouterina, ausgeräumt. Abtragung des rechtsseitigen Ovarialcystomes.	Cystoma ovarii dextri multilokulare.	Geheilt entlassen.

17. Fall. E. A. 1906. Nr. 208. 23 Jahre. II. para	Letzte Geburt 31.VII.06. Schon während letzter Grav. auffallend grosser Leib, Schmerzen in linker Seite, Erbrechen. Nach Geburt vorübergehende Besserung. Leib wird wieder grösser.	22.X.06. In linker Unterbauchgegend zirka kindskopfgrosse, leicht verschiebliche, prallelästische Geschwulst. Per vaginam: Uterus klein, retroponiert. Im Douglas das sehr verschiebliche rechte Ovarium. Von linker Uteruskante Stiel zum Tumor.	25. X. 06. Abdominell. Unkomplizierte Ovariotomie. 13. XI. geheilt entlassen.	Cystoma ovarii sinistri.
18. Fall. L. Cr. 1906. Nr. 63. 30 Jahre. II. para.	1 Abort. Letzte Geburt 1903, soll 4 Tage gedauert haben. Seitdem Schmerzen im Leib. Prolaps.	29. III. Uteruskörper etwas vergrössert, nach hinten und rechts durch einen Tumor verlagert, der mit breitem Stiel mit ihm verbunden und nicht verschieblich ist. Der faustgrosse Tumor links vom Uterus.	31.III. Abdominell Ovariotomia sinistra Colporrhaphia posterior. 15.IV. geheilt entlassen. 30. VI. regelmässige Menses. 25. IX. gravida mensis II.	Cystoma ovarii simplex.
19. Fall. B. B. 1908. Nr. 135. 28 Jahre. IV. para.	1904 Abort. Letzter Partus 12. XI. 07. Seit 1904 sollen Schmerzen im Leib bestanden haben, die in der letzten Schwangerschaft aussetzten, jetzt aber wieder stärker auftreten.	8. IV. Uterus anteflektiert, gut hühnereigross, derb. Rechts vom Uterus ein mannskopfgrosser, prallelastischer Ovarialtumor.	14.IV. Abdominell. Pfannenstiel. Tumor mit den rechten Adnexen entfernt. 2. V. geheilt entlassen.	Cystoma ovarii dextri simplex.

Name etc.:	Vorgeschichte;	Aufnahmebefund:	Weiterer Verlauf;	Operat. u. Heilungsverlf.:	Art des Tumors;
20. Fall. K. Th. 1908. Nr. 195. 21 Jahre. II. para.	Beide Geburten spontan. 28. II. 08 letzter Partus. Steisslage, Wendung. Damals schon vom Arzt Cystom diagnostiziert. Seit dieser Geburt zunehmende Auftreibung des Unterleibs. 14. V. heftige Leibschmerzen links. Blutabgang, seitdem Schmerzen.	20. V. 08. Uterus hühnereigross, derb, anteflektiert; darunter glattrandig., prallelastischer, über mannskopfgrosser Tumor, bis an Rippenbogen reichend, ihm sitzt ein kleinerer, mannsfaustgroßer Tumor auf.		26. V. Abdominell. Unkomplizierte Ovariotomie. 5. VI. geheilt entlassen.	Cystoma multilokulare pseudomucinosum ovarii dextri.
21. Fall. N. Cr. 1908. Nr. 73. 29 Jahre. I. para.	26. XII. 07. Spontangeburt. Kind starb nach ¼ Stunde. 7 Wochen nach Entbindg. traten Menses wieder ein. 4 Wochen darnach Anschwellung des Leibes bemerkt. 8. V. heftige Schmerzen in l. Seite, Erbrechen. Seit Mitte Februar sistieren die Menses.	11. V. Abdomen von grossem, glattwandigem, cystischem Tumor eingenommen. Per vaginam: Uterus erscheint nicht wesentlich vergrössert.		13. V. 08. Abdominell. Tumor reicht bis zum Zwerchfell, nimmt ganzes Abdomen ein. Punktion ergibt Pseudomucin. Stiel von lk. Uterusecke ausgehd. gedreht (ganz frisch). Rcht. Ovarium intakt. Abtragung am Stiel. 2. V. nach unkompliziertem Heilungsverlauf entlass.	Cystoma pseudomucinosum ovarii sinistri.
22. Fall. Sp. Th. 1908. Nr. 168. 31 Jahre. IV. para.	Alle Geburten spontan, letzte 5. II. 08. Seitdem Schmerzen. Nach Entbindung fiel Pat. auf, dass Leib noch immer angeschwollen war und grösser wurde.	9. V. Corpus uteri anteflektiert, hühnereigross, oberhalb und links von Uterus ein mannskopfgrosser prallelastischer Tumor.		12. V. Abdominell. Pfannenstiel. Unkomplizierte Ovariotomie. 31. V. geheilt entlassen.	Cystoma ovarii sinistri simplex.

23. Fall. K. R. 1910. Nr 553. 24 Jahre. II. para.	Geburten spontan. 28. IV 10 letzter Partus. Seitdem Schmerzen im Leib.	7 IX. Uterus anteflektiert vergrössert, rechts und hinten neben Uterus apfelgrosser Ovarialtumor.	10.IX.Abdominell. Pfannenstiel, Ovariotomia dextra. 26.IX. geheilt entlassen.	Dermoidcyste des rechten Ovariums.
24. Fall. Sch. A. 1910. Nr 85. 41 Jahre. VII para.	1 Frühgeburt, alle Geburten spontan. letzte Mitte Juni 10. Seitdem Fieber und Anschwellung des Leibes.	14. IX. 10. Leib unterhalb des Nabels kugelig vorgetrieben, hier perkutor. Dämpfung.Scheidengewölbe durch unregelmässig. Tumor vorgedrängt, nicht sicher zu tastender Uterus. Tumor ragt mit mehreren prallelast. Segmenten ins Becken Grosse Geschwulst im Abdomen.	17.IX. Abdominell. Nach Eröffnung des Peritoneums braunrote mortifizierte Cystenwand vorliegend. Ausschälung unmöglich. Ausräumung der inneren Cystenwände, Tamponade 4. XI. geheilt entlassen.	Cystoma ovarii sinistri multilokulare.
25. Fall. Sch. R 1910. Nr 603. 27 Jahre. IV. para.	Geburten spontan, 2 Aborte, letzter Partus 23.VII. 10. Vor 3 Jahren Appendicitis. Seit einigen Wochen Anschwellung des Leibes und Schmerzen.	27.X.10. Abdomen links unten kugelig vorgetrieben. Uterus hühnereigross, retroflektiert, über ihm die grosse, derbe bis über den Nabel reichende Geschwulst. Rechtes Ovarium taubeneigross, linkes nicht palpabel.	30.X.10. Abdominell. Doppelmannskopfgrosser, mit Fiebrinauflagerungen besetzter Tumor. Stiel, einmal gedreht, zieht nach rechter Uterusecke; Abtragung am Stiel.	Cystoma unilokulare ovarii dextri.

III. Ovariotomie nach Aborten.

Name etc.:	Vorgeschichte:	Aufnahmebefund:	Operation:	Tumor:	Heilungsverlauf:
26. Fall. S. M. 1900. Nr. 247. 33 Jahre. I para.	1897 und 1900 Abortus mens. III. Kommt wegen Schmerzen im Leib.	28. IX. 00. In linker Unterbauchgegend das Becken überragender, wenig verschieblicher, prallelastisch. Tumor. Per vaginam: ebenfalls tastbar. Rechte Adnexe vergrössert.	30. IX. Erst vaginal, dann abdominell operiert. Doppeltseitige freie Adnextumoren mit Adnexen abgetragen.	Cystoma multilokulare beider Ovarien.	21. X. geheilt entlassen.
27. Fall. K. V. 1903. Nr. 36. 46 Jahre. XI. para.	10 Geburten spontan, einmal Forceps. Vor 4 Monaten 8 Wochen lang Menopause. Vor 8 Wochen Abort. Seit 3 Monaten Geschwulst im Leib bemerkt, die in letzter Zeit stark zunahm.	10. I. 03. Mannskopfgrosser, beweglicher Tumor mit prallelastischen Segmenten handbreit unterhalb des Schwertfortsatzes. Per vaginam: Tumor zeigt Stiel nach linker Uteruskante. Uterus mittelgross., retroflektiert.	16. I. Abdominell. Abtragung zusammen mit link. Adnexen.	Cystoma papillare multilokulare ovarii sinistri.	Verlauf reaktionslos. 20. II. Menses treten wieder ein. 16. III. als geheilt entlassen.
28. Fall. E. M. 1904. Nr. 110. 44 Jahre. XI. para	Alle Geburten spontan. letzte 17. I. 04. Februar wieder Menses. Anfang April starke Blutung und Abgang von Fetzen. Patientin sei ohnmächtig geworden.	6. VI. 04. In der rechten Bauchseite eine mit dem Uterus nicht zusammenhängende Geschwulst. Per vaginam: rechts vom kleinen Uterus mandarinengrosser Tumor, prallelastisch, in Verbindung mit einem hühnereigrossen Tumor von derselben Consistenz im Douglas.	18. VI. Abdominell. Haematocoela retrouterina, ausgeräumt. Abtragung des rechtsseitigen Ovarialcystomes.	Cystoma ovarii dextri multilokulare.	Geheilt entlassen.

29. Fall. S. Th. 1906. Nr. 173. 35 Jahre. VII. para.	Nach der 5.Geburt Abort im IV. Monat. Seit März 06 unregelmässig. Metrorrhagien. Zeitweise Schmerzen im Leib. Letzte regelmäss. Menses 18. I. bemerkt.	27. VIII. 09. Uterus anteflektiert, etwas vergrössert, derb. Rechtes Ovarium taubeneigross, Consistenz fest, Oberfl. glatt, leicht verschieblich. Curettement ergibt Abortreste.	Tumor nicht entfernt.	—	Entlassen.
30. Fall. W. Th. 1909. Nr. 49. 21 Jahre. I. para.	1907. Frühgeburt im VIII. Monat, faultot. April und Mai 1908 sistierten Menses. Ende Juni Abort unter starker Blutung, ebenso November 1908 (i.III.Mon.) Seit Ende Dezember wieder starke Blutung.	25. I. Uterus vergrössert, links von ihm eine kindsfaustgrosse Cyste, rechts chronischer Adnextumor.	27. I. Abdominell. LinksseitigeOvariotomie.Rechtsseitig besteht nur Salpingitis.	Cystoma ovarii sinistri simplex.	13. II. als geheilt entlassen.
31. Fall. D. M. 1911. Nr. 598. 25 Jahre. I. para.	Letzte Geburt vor 4 Jahren, über sistierte Menstruation nichts bekannt. Seit 6. IX. Blutungen. Von 25. IX. an blutiger Fluor.	8. XII. Uterus vergrössert, linksseitiges Ovarium hühnereigross.	16. XII. Vaginal. Vorziehen und Abtragung des Tumors. Abrasio: Abortreste.	Mit blutigem Inhalt erfüllte Cyste des linken Ovariums (corpus luteumcyste?)	Geheilt entlassen.
32. Fall. H. B. 1911. Nr. 595. 39 Jahre. X. para.	2 Aborte, letzte Menses Ende Mai 1910. Sistierte Menstr. bis Oktober, in diesem Monat sehr starke Blutungen. Arzt nahm Uterusgeschwulst an.	1. XII. Uterus vergrössert, hinter ihm im cavum retrouterinum ein mannskopfgrosser Tumor. Weiterer Verlauf: Blutungen dauern an.	17. XII. Abdominell. Pfannenstiel. Linksseitig. doppelfaustgrosse Ovarialcyste abgetragen. Curettage: massenhaft Abortreste.	Cystoma ovarii sinistri simplex.	Geheilt entlassen.